

# Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia



**O cambio na Atención da Saúde das Mulleres**

# **PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL Á SAÚDE DA MULLER DE GALICIA**

XUNTA DE GALICIA  
Consellería de Sanidade

## **FICHA TÉCNICA**

### **Edita**

XUNTA DE GALICIA  
Consellería de Sanidade

### **Comité técnico**

M<sup>a</sup> José Rubio Vidal - Conselleira de Sanidade  
José Manuel Peña Penabad - Secretario Xeral Consellería de Sanidade  
Catetano Rodríguez Escudero - Secretario Xeral Servizo Galego de Saúde  
Julio Villar Barreiro - Director Xeral División Asistencia Sanitaria  
Antonio Fernández Paniagua - Director Xeral División Recursos Humanos e Desenvolvemento Profesional  
Natividad González Laso - Asesora Gabinete  
M<sup>a</sup> Pilar Fernández Romero - Asesora Gabinete  
Isolina Bonacho Paniagua - Especialista en Xinecoloxía e Obstetricia. Centro Orientación Familiar A Coruña  
José Luis Doval Conde - Xefe Servizo Xinecoloxia e Obstetricia. Complexo Hospitalario de Ourense  
Abel Coutado Méndez - Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Xerencia Atención Primaria A Coruña

### **Redactores**

Ana M<sup>a</sup> Martínez Lorente  
Concha Páramo Fernández  
Eladio Andión Campos  
Fernando Márquez Gallego  
Francisco Reyes Santias  
Isabel González Lado  
Isabel Graña Garrido  
Javier de Toro Santos  
Jesus Morán Iglesias  
José Luis Doval Conde  
Julio García González  
M<sup>a</sup> Dolores Martínez Romero  
M<sup>a</sup> Pilar Fernández Romero  
Manuel Amigo Quintana  
Mar Martín García  
Milagros Pereira Pérez  
Natividad González Laso  
Nuria de Castro-Acuña Iglesias  
Orlando Blanco Iglesias  
Pilar Gayoso Diz  
Raquel Zubizarreta Alberdi  
Sara Fernández Lama  
Susana Blanco Pérez  
Xosé Antonio Taboada Rodríguez  
Xosé Anxo Vidal Pan

## ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN DA CONSELLEIRA	5
2. INTRODUCCIÓN / XUSTIFICACIÓN	9
3. METODOLOXÍA DA ELABORACIÓN DO PLAN	17
3.1. Fase de diagnóstico inicial	19
3.2. Creación do Comité Técnico do Plan	20
3.3. Fase de participación social	22
3.4. Fase de definición de estratexias e priorización de proxectos	23
3.5. Fase de elaboración de proxectos do Plan	23
3.6. Fase de presentación do Plan	24
4. DIAGNÓSTICO	25
4.1. Características sociodemográficas	27
4.1.1. Poboación	27
4.1.2. Proxeccións da poboación feminina	28
4.1.3. Fecundidade	29
4.1.4. Inmigración	31
4.1.5. Ocupación e desemprego	31
4.1.6. Pensións	33
4.1.7. Dependencia e discapacidade	34
4.1.8. Educación	35
4.2. Estado de saúde	35
4.2.1. Esperanza de vida	35
4.2.2. Percepción do estado de saúde	35
4.2.3. Hábitos de vida	36
4.2.3.1. Tabaco	36
4.2.3.2. Alcohol	37
4.2.3.3. Outras drogas	38
4.2.3.4. Actividade física. Alimentación e peso	39
4.2.3.5. Lactación materna	40
4.2.3.6. Vivencia da menopausa	40
4.2.3.7. Saúde sexual e reprodutiva	41
4.2.4. Morbilidade	43
4.2.4.1. Motivos de consulta	43
4.2.4.2. VIH-SIDA	47
4.2.4.3. Trastornos alimenticios	47
4.2.5. Mortalidade	50
4.3. Servizos sanitarios	53
4.3.1. Utilización, satisfacción e información	53
4.3.2. Consultas xinecolóxicas. Detección precoz de cancro de cérvix	54
4.3.3. Reprodución humana asistida	55
4.3.4. Interrupcións voluntarias do embarazo	56
4.3.5. Detección precoz de cancro de mama	58
4.3.6. Atención ao embarazo e parto	61
4.4. A muller traballadora no sistema sanitario de Galicia	64
4.4.1. Mulleres no sistema sanitario público	64
4.4.2. Formación no sistema sanitario público	65
4.5. Violencia de xénero	66
4.6. Conclusións	67
5. PRESENTACIÓNS E REUNIÓNS DA CONSELLEIRA	71

6. MESAS DE DEBATE	75
Mesa 1. Saúde sexual e reprodutiva. Embarazo, parto e puerperio. Menopausa	77
Mesa 2. Promoción de hábitos saudables. Tabaco, alcohol, outras drogas, alimentación e actividade física	86
Mesa 3. Mellora dos servizos asistenciais con orientación de xénero	90
Mesa 4. Participación da muller no sistema sanitario de Galicia	99
Mesa 5. Programa de diagnóstico precoz para as mulleres. Enfermidades de transmisión sexual	102
Mesa 6. Sistemas de información e investigación con perspectiva de xénero	106
7. PÁXINA WEB DE PARTICIPACIÓN	109
8. ORGANIZACIÓN POR ESTRATEXIAS E PROXECTOS	117
9. PROXECTOS	125
1. Anticoncepción	128
2. Anticoncepción postcoital	130
3. Consulta preconcepcional	132
4. Atención embarazo normal	134
5. Atención embarazo de risco	136
6. Atención ao parto	138
7. Puerperio	140
8. Lactación materna	142
9. Educación maternal	144
10. Menopausa	146
11. Interrupción voluntaria do embarazo (IVES)	148
12. Reprodución asistida	150
13. Disfuncións sexuais	152
14. Prevención das infeccións de transmisión sexual (ITS)	154
15. Violencia de xénero	156
16. Saúde mental e xénero	158
17. Trastornos da conduta alimentaria	160
18. Patoloxía reumatolóxica	162
19. Patoloxías cardivasculares nas mulleres	164
20. Patoloxías endocrinolóxicas	166
21. Educación afectivo-sexual	168
22. Drogas	170
23. Actividade física	172
24. Nutrición na muller	174
25. Cancro cérvix	176
26. Cancro de mama	178
27. Participación interna. Violencia	180
28. Participación interna. Conciliación	182
29. Participación interna. Igualdade	184
30. Participación social	186
31. Xestión do coñecemento	188
32. Investigación con perspectiva de xénero	190
10. SISTEMA DE SEGUIMENTO	193
11. PLANIFICACIÓN DO PLAN	197

# **1. PRESENTACIÓN DA CONSELLEIRA**



# 1. PRESENTACIÓN DA CONSELLEIRA

O feito histórico de contar cun Goberno paritario, amosa ben ás claras o compromiso do presidente Touriño e do conxunto do goberno galego cos principios de igualdade, equidade e xustiza, facendo efectiva a participación das mulleres nos máximos niveis de decisión.

Esta situación privilexiada dános a oportunidade de incorporar o liderado e a capacidade de transformación das mulleres, achegando as nosas opinións e tomando decisións sobre o contorno sociopolítico no que vivimos.

É a posta en práctica do chamado empoderamento das mulleres, tantas veces reclamado, necesario para impulsar novos deseños das políticas, novas planificacións organizativas e unha distribución dos recursos públicos que incorpore e aplique a perspectiva de xénero.

Dende a **Consellería de Sanidade** e do **Servizo Galego de Saúde**, non queremos desaproveitar esta oportunidade histórica e estamos decididamente implicados no esforzo, intenso e continuado, do conxunto do Goberno, para corrixir a exclusión histórica do enfoque de xénero na axenda pública.

Unha exclusión que propiciou un estilo de políticas neutras, sen rostro, que trataron como iguais as diferenzas e impediu reflexionar sobre as necesidades das mulleres, en todas as etapas do seu ciclo vital e establecer servizos, acordos con estas especificidades.

Pero as políticas nunca son neutras e por iso, durante demasiado tempo, mantiveron un deseño androcéntrico.

Hoxe, resulta evidente que existen diferenzas substanciais nos trastornos de saúde que sofren homes e mulleres. Algunhas motivadas por factores biolóxicos inmodificables, outras por factores sociais, como son os roles ou as condutas, xerando diferenzas inxustas e evitables na utilización dos servizos públicos, incluídos os sanitarios.

Por iso, como muller responsable da política sanitaria, é unha honra e unha satisfacción incorporar o enfoque de xénero ás políticas galegas de saúde.

Unha perspectiva, que visualiza as diferentes realidades de saúde de cada sexo, que inicia a implantación do enfoque de xénero nos orzamentos públicos e que aborda unha planifi-



cación máis axeitada ás necesidades reais da poboación galega, en consonancia cos principios de eficiencia, igualdade, equidade e xustiza social.

Neste senso, o **Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia** é unha guía de actuación, un instrumento de planificación, que non debe entenderse como un documento cerrado, senón como unha ferramenta dinámica e flexible.

Levabamos demasiado tempo esperando este momento, polo que, como responsable das políticas sanitarias, considerei unha obriga e un compromiso coas mulleres galegas poñerme a traballar neste Plan no que contei coa participación activa de profesionais, asociacións e toda a sociedade en xeral.

Hoxe, por fin, sinto a satisfacción e o orgullo de que este Plan sexa unha realidade. A todas e todos quero darvos as grazas por contribuír a dar o paso definitivo para incorporar ao sistema sanitario elementos humanizadores e de cambio, que nos dean ás mulleres unha atención á nosa saúde acorde co século XXI.

Pero os cambios non chegan sós, fai falta seguir traballando, polo que vos pido a máxima implicación e participación na xestión e no desenvolvemento do Plan, contribuindo co voso esforzo á equiparación real entre homes e mulleres, como corresponde a unha sociedade moderna coma a galega, que desexa progresar nos parámetros da democracia.

Pola miña parte, asegúrovos que non vou estar queda e que mantereirei vivo o compromiso de xénero, pois sei que a igualdade de xénero retrocede cando o avance das mulleres se detén.

Maria Jose Rubio Vidal  
*Consellería de Sanidade*

## **2. INTRODUCCIÓN / XUSTIFICACIÓN**



## 2. INTRODUCCIÓN / XUSTIFICACIÓN

Nos últimos anos estanse a producir profundos cambios na poboación galega que lles afectan especialmente ás mulleres, que, aínda que melloraron a súa saúde e a súa calidade de vida, non fixeron desaparecer as desigualdades sociais e de xénero e están determinando cambios na incidencia dalgunhas patoloxías, na forma de vivir a enfermidade e de relacionarse co sistema sanitario.

Os cambios demográficos, como o envellecemento da poboación e a maior esperanza de vida das mulleres, producen un aumento da mortalidade por enfermidades dexenerativas e unha meirande incidencia da discapacidade.

Tamén determinan un cambio importante na poboación dependente, pasando a ser a poboación dependente maioritariamente senil, o que modificou o perfil das persoas que coidan e o tipo de coidados. Unha ou un cuidador informal é aquela persoa que asume o coidado dunha ou máis persoas, con algún grao de dependencia, habitualmente familiares, e que non recibe ningunha remuneración. Estas tarefas recaen case exclusivamente nas mulleres.

O traballo de cuidadora inclúe: atención persoal, instrumental, vixilancia, manutención, coidados sanitarios, a xestión e a relación cos servizos sanitarios. Esta situación provoca unha sobrecarga física, psíquica e emocional que lle afecta á saúde das mulleres e ás súas posibilidades de promoción laboral e social.

Os cambios nos modelos reprodutivos, como son o atraso da maternidade e o aumento do número de nais en activo, supón que as mulleres que deciden ter fillos están máis e mellor informadas, as súas expectativas en relación á experiencia da maternidade cambiaron e queren un tipo de atención diferente.

Ao aumento da eficacia da atención perinatal débese incorporar agora unha atención máis humanizada ao parto, coa participación máis activa das mulleres e das súas parellas e coa adecuación do contorno físico para a súa comodidade e a súa seguridade, como recomenda a OMS.

Os cambios na vivencia da sexualidade son demandas básicas das mulleres galegas, sen cubrir adecuadamente na nosa comunidade. Aínda que o uso dos métodos anticoncepti-

vos está xeneralizado, aínda existe un número importante de embarazos non desexados e abortos e a accesibilidade a esta prestación aínda non está implantada.

Os cambios nos modelos de transmisión do VIH/SIDA e a infección polo VIH presentan diferenzas entre homes e mulleres. As mulleres teñen meirande risco de infección nas relacións heterosexuais por ser máis vulnerables bioloxicamente, pero tamén o son por razóns psicosociais, xa que teñen menos información, carecen de capacidade de decisión no control das medidas de prevención e de negociación sobre o sexo seguro.

O ascenso progresivo da vía de transmisión heterosexual do VIH/SIDA, coa tendencia sostida da maior afectación ás mulleres, está trazando novos perfís da epidemia.

Pero as diferenzas de saúde das mulleres con respecto aos homes non se basean exclusivamente na saúde reprodutiva e nas enfermidades xinecolóxicas, senón tamén nas enfermidades comúns que poden manifestarse con signos e síntomas diferentes, en patoloxías que son causa de mortalidade prematura ou aquelas que de maneira absoluta ou relativa teñen unha alta prevalencia no sexo feminino.

Estas diferenzas na saúde entre homes e mulleres están determinadas por causas biolóxicas, que non se limitan ao aparato xenital, senón que están determinadas por unha ampla variedade de influencias xenéticas, hormonais e metabólicas, aínda pouco estudadas.

O patrón normativo en saúde foi o home e considerouse que homes e mulleres respondían igual ás enfermidades e aos tratamentos, e que os factores de risco eran tamén iguais para homes e para mulleres. A evidencia demóstranos que moitas enfermidades preséntanse con maior frecuencia entre as mulleres, como as enfermidades reumatolóxicas ou as autoinmunes; outras maniféstanse de forma diferente, como a cardiopatía isquémica.

As mulleres foron invisibles para a ciencia médica, por iso, cómpre investigar as diferenzas para ter unhas prestacións en saúde máis igualitarias.

Os factores sociais e culturais tampouco son contemplados no estudo diferencial da saúde das mulleres, cando son factores determinantes de moitos dos problemas de saúde que lles afectan tanto física como psiquicamente.

Os cambios sociais están producindo modificacións nos estilos de vida das mulleres que determinan novos riscos para a súa saúde, como o consumo de tabaco, o consumo de

alcohol, a exposición ao sol, a alimentación. Todos eles determinan modificacións na mortalidade e a morbilidade aínda non suficientemente visibilizadas nin nos programas de saúde nin na sociedade.

A violencia de xénero non é un acto episódico, senón un proceso estratéxico que se vai instaurando ao longo do tempo, cunhas consecuencias sobre a saúde das mulleres devastadoras e moi diversas, en canto a gravidade e manifestacións. As investigacións realizadas internacionalmente demostran que as mulleres maltratadas acoden máis aos servizos sanitarios cás demais, a pesar diso, son poucas as veces en que se detecta a violencia nos servizos de saúde.

A situación real segue a ser invisible pola falta de instrumentos de recollida de datos e incluso pola dificultade de establecer unha definición xeral sobre o que se considera violencia de xénero.

Mulleres e homes presentan problemas de saúde específicos que é preciso coñecer e investigar dende a perspectiva de xénero.

O enfoque de xénero en saúde non só é recoñecer que os factores sociais e culturais asociados ao masculino e ao feminino actúan como determinantes da saúde, senón que comprende tamén a linguaxe empregada para falar da enfermidade e da saúde, das expectativas en saúde que ten cada sexo, da interiorización das condutas de risco e das relacións que establecen co sistema sanitario.

Para lles poder dar unha prestación igualitaria ás mulleres debemos coñecer as causas polas que enferman e polas que lles demandan asistencia aos servizos de saúde, é necesario facer visibles as diferenzas en saúde e eliminar as desigualdades nas prestacións.

Son poucos os datos dos que dispoñemos de estudos separados por sexo, polo que cómpre seguir avanzando nun sistema de indicadores de xénero que nos permita coñecer con precisión a situación da saúde das mulleres para poder establecer políticas de saúde que respondan ás súas necesidades diferenciais.

É necesario adecuar os servizos sanitarios para abordar a saúde das mulleres, que contemplan as súas modificacións en saúde e que recollan as súas demandas.

Por iso, débense incorporar novas prestacións, potenciar a atención primaria e unificar

guías e protocolos de actuación, baseándose nas evidencias científicas, para aumentar a efectividade e diminuír a variabilidade na asistencia clínica, asegurando a coherencia e a continuidade asistencial.

Esta situación xustifica a necesidade da elaboración dun Plan de Atención Integral de Saúde das Mulleres.

O Plan é un instrumento de planificación e intervención no que se establecen as actuacións que ten que desenvolver o sistema sanitario para garantir o dereito á saúde das mulleres con calidade, eficacia e equidade; que contemple os múltiples factores que determinan a saúde das mulleres e que incorpore á análise a perspectiva de xénero.

É, pois, o marco de referencia no que se desenvolven os diferentes programas de saúde destinados ás mulleres. Nel incorpóranse os elementos de cambio que a sociedade demanda e serán acordes ás Directrices da Política Sanitaria Galega.

É un Plan Integral na súa concepción e na súa definición, porque considera a muller na súa totalidade bio-psico-social e no contorno no que vive; ten en conta as súas etapas vitais e dá resposta aos problemas de saúde que aparecen en cada unha delas; desenvólvese dende a promoción da saúde, a prevención, a asistencia e a rehabilitación.

Tamén o proceso asistencial se considera integral e único, e a continuidade asistencial é un dos criterios claves deste plan e das estratexias asistenciais da Consellería de Sanidade.

O Plan considera a participación da muller esencial e clave para o seu éxito, non queremos facer un plan para as mulleres, senón coas mulleres.

Somos unha sociedade desenvolvida cunha cidadanía cada vez máis e mellor formada e informada que quere participar na toma de decisións que afectan á súa saúde e á da comunidade.

As mulleres foron e seguen sendo as mediadoras entre o sistema sanitario e a familia e en moitos casos axentes del como coidadoras.

A muller é a protagonista e sen a súa participación resultará difícil resolver os problemas existentes, previr as enfermidades e mellorar o estado de saúde da comunidade.

Para que a participación sexa real cómpre dotar as mulleres dos elementos necesarios para exercer o seu poder de decisión e capacidade de control nos temas da saúde e na xestión do sistema sanitario, pero tamén require unha adaptación dos servizos que facilite a comunicación entre os/as profesionais da saúde coas usuarias do servizo, onde se produza unha maior transparencia e fluidez na información, respectando a capacidade de decisión das mulleres, a súa cultura e as súas crenzas.

En definitiva, o Plan de Atención Integral de Saúde das Mulleres é un compromiso de acción política coas mulleres galegas, coa súa saúde e coa súa calidade de vida; coa igualdade de dereitos, contemplando as diferenzas como forma de chegar a unha meirande equidade en saúde.



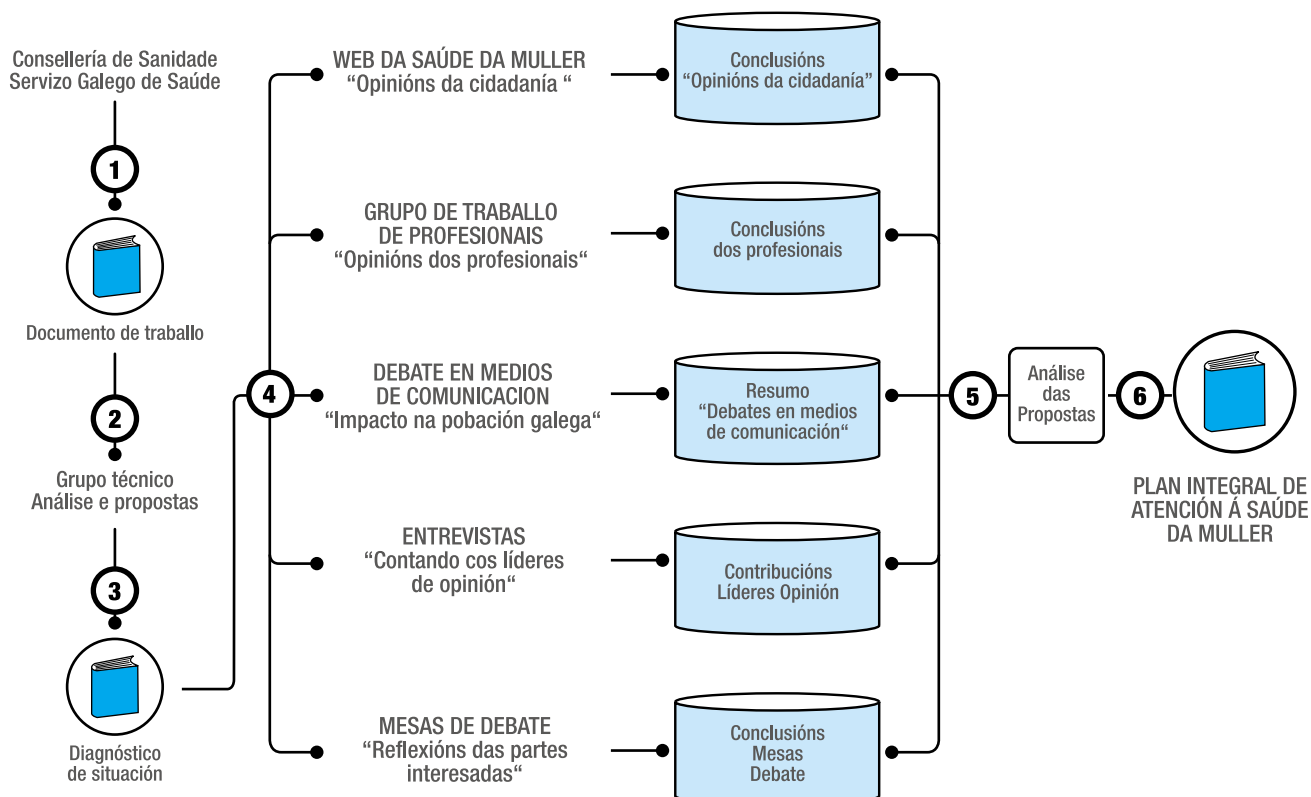


### **3. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN**



### 3. METODOLOXÍA PARA A ELABORACIÓN DO PLAN

No presente capítulo expóñese a metodoloxía utilizada para a elaboración do presente plan. Esta metodoloxía tivo en conta as novas liñas estratéxicas da Consellería de Sanidade de transparencia e participación cidadá. Utilizáronse as fases clásicas da planificación incluíndose algúns elementos innovadores. As fases metodolóxicas utilizadas foron:



#### 3.1. FASE DE DIAGNÓSTICO INICIAL

O obxectivo desta fase foi a identificación da situación actual da saúde da muller en Galicia e do nivel e características dos servizos prestados. Tamén se analizaron datos dos determinantes socioeconómicos que inflúen na saúde e utilización dos servizos sanitarios.

Esta fase foi realizada dende o mes de marzo do ano 2006 e foi rematada no mes de outubro do mesmo ano. Os indicadores estudados foron:

- Características sociodemográficas: poboación e proxeccións da poboación feminina, fecundidade, emigración, ocupación, desemprego e pensións, dependencia e discapacidade, educación

- Determinantes dos hábitos de vida: tabaco, alcohol, outras drogas, actividade física, alimentación e peso, lactación materna, vivencia da menopausa, saúde sexual e reprodutiva
- Estado de saúde: esperanza de vida, percepción do estado de saúde, motivos de consulta, VIH-SIDA, trastornos alimenticios, mortalidade
- Servizos sanitarios: utilización, satisfacción e información. Consultas xinecolóxicas, reprodución humana asistida, interrupcións voluntarias do embarazo, detección precoz de cancro de mama, programas de asistencia sanitaria, atención ao parto
- A muller traballadora no sistema sanitario de Galicia: mulleres no sistema sanitario público, formación no sistema sanitario público
- Violencia de xénero e prostitución

Esta fase acabou cunhas conclusións que serviron para a definición dos proxectos e liñas estratéxicas para o Plan. Todo o traballo foi realizado por persoal técnico da Consellería de Sanidade baseándose nas distintas publicacións e datos nacionais e internacionais.

## 3.2. CREACIÓN DO COMITÉ TÉCNICO DO PLAN

Crease o Comité Técnico do Plan de Saúde Integral da Muller composto pola conselleira de Sanidade, os secretarios xerais da Consellería e do Servizo Galego de Saúde, os directores xerais de Asistencia Sanitaria e Recursos Humanos e Desenvolvemento Profesional, conselleiros técnicos e expertos na atención sanitaria á muller.

As funcións deste comité son:

- Estudo e aprobación das tarefas do Plan e o seu cronograma
- Estudo e aprobación do documento de diagnóstico e áreas de actuación
- Estudo e aprobación do deseño e contidos da páxina web
- Identificación de partes interesadas para entrevistas e mesas redondas
- Estudo e aprobación das liñas estratéxicas e proxectos
- Priorización dos proxectos
- Estudo e aprobación dos documentos dos proxectos
- Estudo e aprobación do documento final
- Estudo e adopción de medidas nos casos de incidencias de importancia dentro do Plan

Este comité reunirse coa periodicidade necesaria para garantir as súas funcións e o apoio ao Plan.



Comité Técnico

### 3.3. FASE DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

O obxectivo desta fase foi a inclusión da perspectiva de usuarias de servizos sanitarios e organizacións que traballan para a saúde da muller. Tamén se quería fomentar a implicación da sociedade no proceso de elaboración do Plan. Para acadar estes obxectivos realizáronse as seguintes actuacións:

- Entrevistas da conselleira de Sanidade con asociacións: Xestionáronse varias entrevistas da conselleira con asociacións para recadar as necesidades percibidas por estes colectivos e que servisen de referencia para o propio Plan.
- Debates nos medios de comunicación: Xestionáronse entrevistas de profesionais e directivos do sistema sanitario sobre o tema da saúde da muller e financiouse un especial sobre a Saúde da Muller. Todo co obxectivo de propiciar o debate na sociedade sobre os problemas de saúde da muller.
- Presentacións públicas do proxecto de elaboración do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia: Co obxecto de difundir e facilitar a participación no proxecto a Consellería de Sanidade presentou o Plan nas sete grandes cidades galegas. Nas presentacións a conselleira expuso as razóns que motivaron a elaboración do Plan, a metodoloxía metodoloxía que se ía utilizar e facíase unha invitación especial á participación na elaboración do Plan. Máis de 500 persoas participaron nestas presentacións.
- Mesas redondas con usuarias e asociacións: Co obxecto de identificar a percepción e necesidades de mellora dos servizos ofertados polo sistema sanitario público de Galicia ás mulleres, realizáronse 6 mesas redondas. A estas mesas redondas invitouse a asociacións relacionadas coa saúde da muller, profesionais do sistema sanitario e expertos nas cuestións tratadas. Participaron 90 persoas representando a 21 asociacións ou sociedades; 9 sindicatos ou asociacións profesionais, 12 entidades ou organismos públicos e 36 profesionais do sistema sanitario. O resultado destas mesas foi a identificación de accións de mellora sobre os temas tratados e unha serie de requirimentos para a súa prestación. Os temas das mesas foron:
  - Saúde sexual e reprodutiva. Embarazo, parto e puerperio. Menopausa
  - Promoción de hábitos saudables. Tabaco, alcohol, outras drogas, alimentación e actividade física
  - Mellora dos servizos asistenciais con orientación de xénero
  - Participación da muller no sistema sanitario de Galicia
  - Programa de diagnóstico precoz para as mulleres
  - Sistemas de información e investigación con perspectiva de xénero

- Páxina web da saúde da muller: Creouse unha páxina web especial dentro do portal da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde. Nesta páxina puido seguirse todo o proceso de elaboración do plan, a través da visualización e descarga dos documentos e vídeos sobre o diagnóstico, a presentación da conselleira, as mesas redondas e as entrevistas e reunións da conselleira. Non obstante a principal achega desta páxina foi crear unha canle de participación coa cidadanía, para que os cidadáns puidesen facer chegar as súas opinións aos responsables do todo o proxecto. Foron máis de 100 achegas as que a cidadanía fixo ao longo da elaboración do proxecto. Esta páxina web da Saúde da Muller continuará activa e servirá como sistema de comunicación do seguimento e control do Plan.

Esta fase de participación permitiu que os equipos técnicos da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde tiveran información da percepción e necesidades das usuarias e partes interesadas que se deberían ter en conta á hora de elaborar os proxectos de mellora.

### **3.4. FASE DE DEFINICIÓN DE ESTRATEXIAS E PRIORIZACIÓN DE PROXECTOS**

Tomando como base as conclusións obtidas na análise de situación da saúde da muller na comunidade autónoma e as achegas realizadas nas reunións mantidas pola conselleira, nas presentacións realizadas nas distintas cidades, nas mesas redondas realizadas e na páxina web da Consellería de Sanidade, elabóranse as liñas estratéxicas e identifícanse os proxectos.

Estes proxectos son presentados ao Comité Técnico do Plan de Saúde Integral onde se aproban e se realiza unha priorización destes baseándose nos criterios de impacto ou demanda da cidadanía, impacto nos profesionais ou viabilidade de resultados.

### **3.5. FASE DE ELABORACIÓN DE PROXECTOS DO PLAN**

Unha vez seleccionadas as liñas estratéxicas e os proxectos, os responsables da Consellería e do Servizo Galego de Saúde designaron unha serie de profesionais como responsables do proxecto e das estratexias. A estas persoas indicóuselles a metodoloxía que debían seguir para a elaboración dos proxectos e empregouse un mesmo formato no que debían consignar os seguintes apartados:

- Tipo de proxecto. (novo/ en desenvolvemento)
- Contexto, visión e alcance do proxecto. Requirimentos. (para que?)
- Obxectivos e descrición do proxecto. (que?)
- Clientes / partes interesadas do proxecto. (para quen?)
- Tarefas, responsables, produtos e datas. (como, quen, cando?)



- Recursos necesarios. Estrutura organizativa do proxecto. (postos, funcións, competencias) (con que?)
- Factores críticos para o éxito e sistema de medición e mellora.
- Anexos. Referencias. Documentación. Arquivo.

Ao rematar os distintos proxectos foron supervisados polos responsables dos distintos servizos seleccionados para a súa aprobación así como polo Comité Técnico do Plan. Coa base destes proxectos elaboráronse as fichas de proxectos contidas neste plan que resumen de maneira sinxela os proxectos.

Nesta fase do proxecto traballaron máis de 25 profesionais expertos nas distintas materias e expertos en planificación e programación.

### **3.6. FASE DE PRESENTACIÓN DO PLAN**

O Plan foi presentado pola conselleira de Sanidade a todos/as os xerentes das áreas de Atención Primaria e dos hospitais da Comunidade para unha maior implicación no seu desenvolvemento e implantación.

Tamén foi presentado a todos os xefes de servizo de Obstetricia e Xinecoloxía dos hospitais de Galicia.

Por último, o Plan presentouse publicamente nun acto ao que foron invitados todos os axentes implicados.

## 4. DIAGNÓSTICO



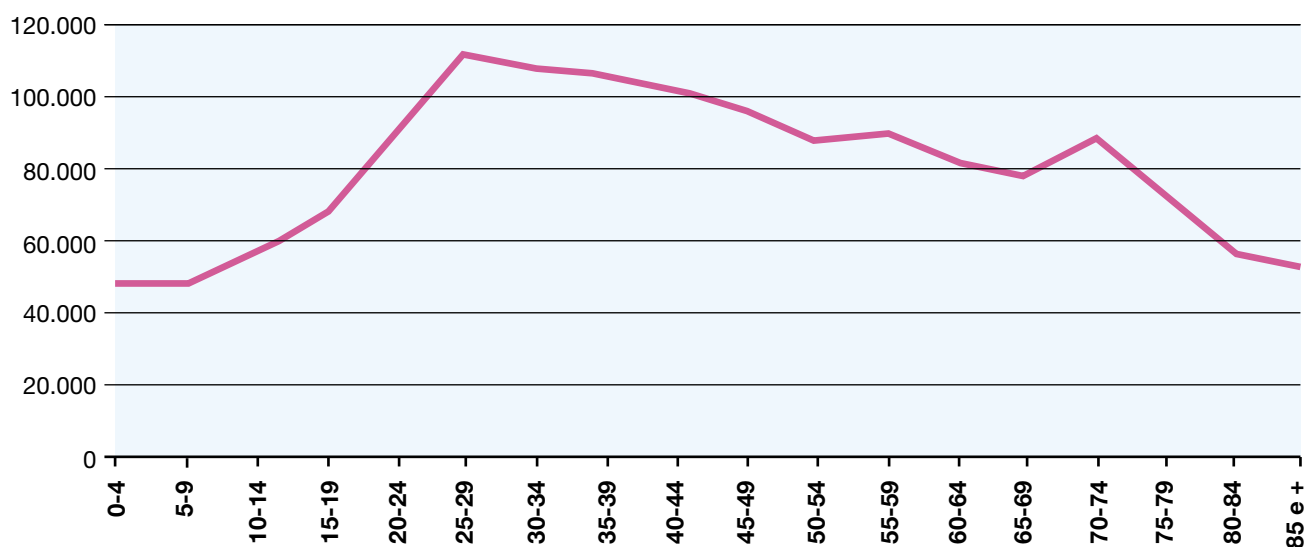
## 4. DIAGNÓSTICO (Data de elaboración, decembro de 2006)

### 4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

#### 4.1.1. Poboación

A poboación en Galicia segundo o Padrón municipal do ano 2005 é de 2.762.198 persoas, das que 1.330.703 son mulleres. A distribución por idades das mulleres galegas preséntase no gráfico 1.

Gráfico 1. Distribución por idades das mulleres en Galicia



Fonte: Padrón municipal de habitantes. INE. 2005

As mulleres en Galicia supoñen o 51,8% da poboación, cunha idade media de 45,5 anos. As mulleres menores de 15 anos representan o 10,58%, a franxa de idade entre os 15 e os 45 anos, a considerada idade fértil, cun total de 581.537 mulleres, supón o 40,41%, mentres que o 24,11% da poboación feminina é maior de 65 anos.

A táboa 1 presenta a distribución das mulleres por idades e provincia de residencia. Como se observa, as dúas provincias cun maior índice de envellecemento son Ourense e Lugo, mentres que a provincia menos envellecida é Pontevedra.

**Taboa 1. Distribución provincial por idades das mulleres en Galicia**

Provincia	Idade media	< 20 anos	20-64 anos	>65 anos	Índice de envellecemento
A Coruña	43,5	16,1	63,8	20,1	124,9
Lugo	47,4	14,1	58,2	27,6	195,5
Ourense	47,7	14,1	57,8	28,1	198,6
Pontevedra	41,6	18,2	64,1	17,7	97,7
Galicia	43,9	16,3	62,4	21,3	130,4

Fonte: Padrón municipal de habitantes. INE. 2005

### 4.1.2. Proxeccións da poboación feminina

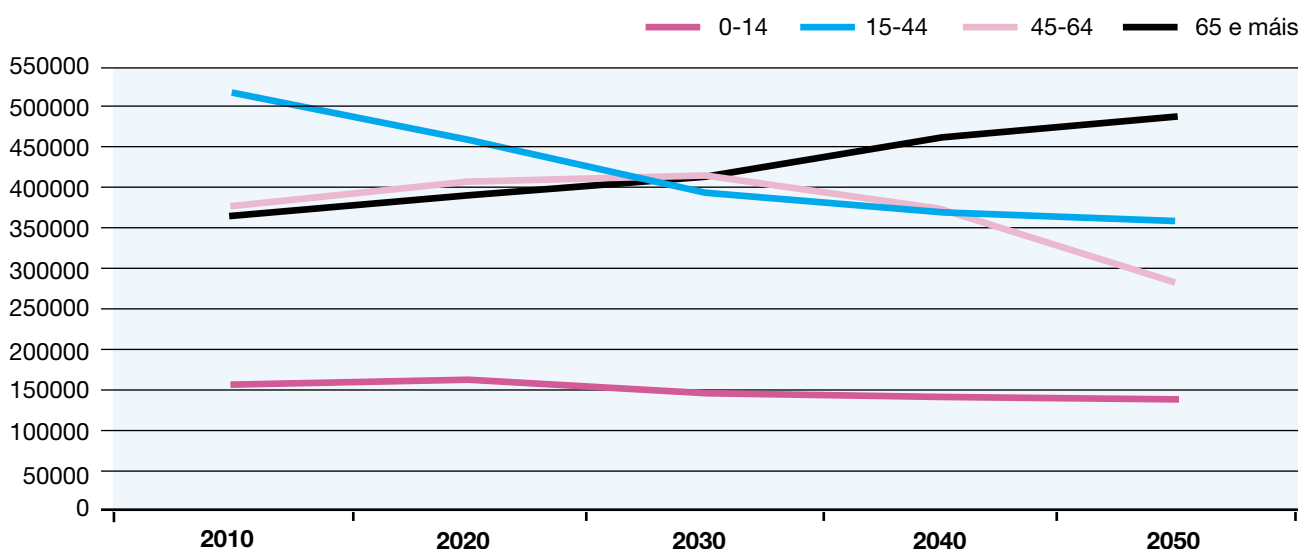
A táboa 2 e o gráfico 2 presentan unha proxección da poboación de mulleres residentes en Galicia.

**Táboa 2. Proxeccións poboación mulleres en Galicia**

Tramos idade	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	155.079	166.707	148.408	141.733	141.732
15-44	540.154	459.939	394.181	368.894	353.202
45-64	371.996	414.119	428.893	365.384	288.727
65 e máis	355.196	386.110	422.548	462.642	481.027

Fonte: Elaboración propia a partir da Proxección da poboación de Galicia, 2002-2051. IGE. 2005

**Gráfico 2. Proxeccións número de mulleres en Galicia segundo tramos de idade**

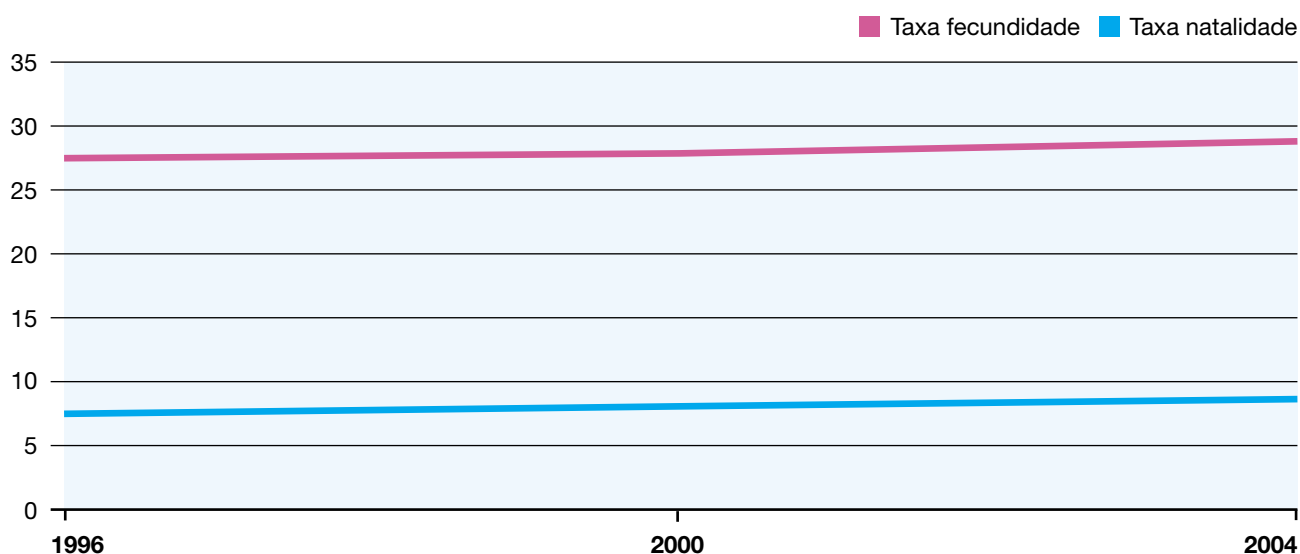


Ao longo do período proxectado, a poboación de mulleres entre 0 e 14 anos mantén a mesma proporción, arredor dun 11% do total de mulleres. O tramo de idade entre 15 e 44 anos experimentará un descenso do 10% con respecto ao total, mentres as mulleres maiores de 65 anos incrementarán a súa proporción con respecto ao total en máis dun 13% no período.

### 4.1.3. Fecundidade

No gráfico 3 obsérvase que, na última década, tanto a taxa de natalidade como a de fecundidade rexistraron un moderado incremento nos seus valores.

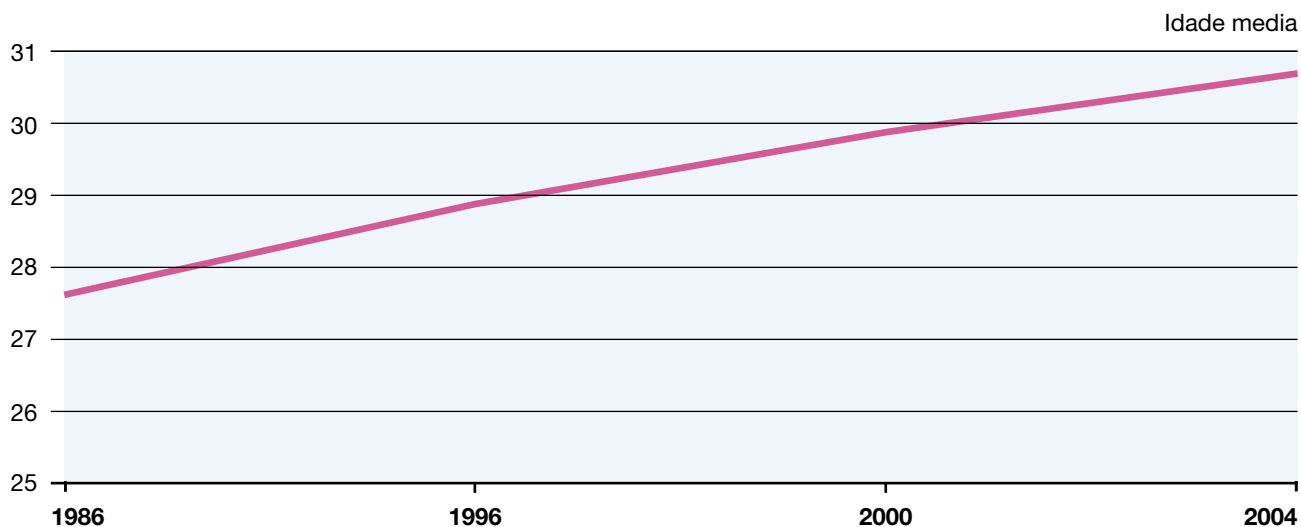
Gráfico 3. Evolución nas taxas de natalidade e fecundidade en Galicia



Fonte: Indicadores de poboación de Galicia. IGE. 2005

Como se observa no gráfico 4 e na táboa 3, un cambio importante no modelo reprodutivo é o aumento da idade das nais. Nos últimos 20 anos, a idade media da maternidade en Galicia aumentou en 3,6 anos, e a idade media actual das nais é de 31 anos.

Gráfico 4. Evolución idade maternidade en Galicia



Fonte: Elaboración propia a partir do movemento natural da poboación en Galicia. IGE. 2005

Táboa 3. Taxa de maternidade específica en Galicia por idades

	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
1986	25,5	82,5	83,3	53,1	24,2	7,0	0,7
1996	7,6	30,4	61,1	58,9	23,1	3,5	0,2
2000	6,6	23,4	53,9	66,9	30,2	4,9	0,2
2004	6,4	21,6	49,9	73,6	38,8	6,6	0,4

Fonte: Movemento natural da poboación en Galicia. IGE. 2005

A taxa de maternidade específica por idades reflicte o cambio nos patróns da maternidade, diminuindo nas menores de 30 anos e situándose o seu maior valor entre os 30 e 34 anos.

Outras transformacións sociais relacionadas coa maternidade, recollidas na táboa 4, son o aumento de nais que desempeñan un traballo remunerado e das nais non casadas, que trazan novos perfís na convivencia e nas relacións entre as persoas.

Táboa 4. Evolución nos perfís da maternidade en Galicia

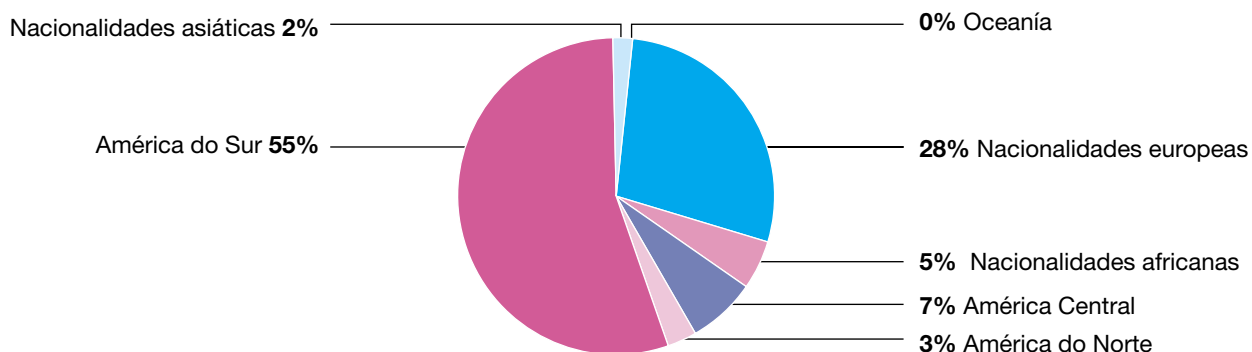
	% Nais non casadas	% Nais en activo
1986	9,1	23,9
1996	10,7	42,6
2000	14,3	45,0
2004	21,1	53,3

Fonte: Movemento natural da poboación en Galicia. IGE. 2005

#### 4.1.4. Inmigración

O 83% das mulleres inmigrantes en Galicia proveñen de América do Sur e de países europeos. O tramo de idade entre os vinte e cinco e os corenta e nove anos reúne ao 57% de todas as mulleres inmigrantes en Galicia.

Gráfico 5. Distribución mulleres inmigrantes en Galicia



Fonte: Elaboración propia a partir de movementos migratorios. IGE. 2004

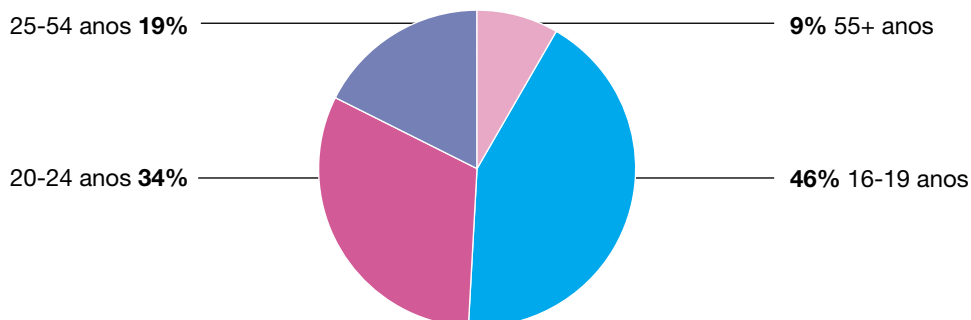
#### 4.1.5. Ocupación e desemprego

A taxa de ocupación das mulleres en Galicia, cun valor de 36, contrasta coa dos homes, que presenta un valor de 57; un 37% superior.

Do mesmo xeito, a taxa de paro feminino, o 19,3, practicamente duplica a taxa de paro masculino do 9,2.

O gráfico 6 presenta a distribución das taxas de paro das mulleres en idade de traballar por grupos de idade.

Gráfico 6. Taxa paro feminino por grupos de idade



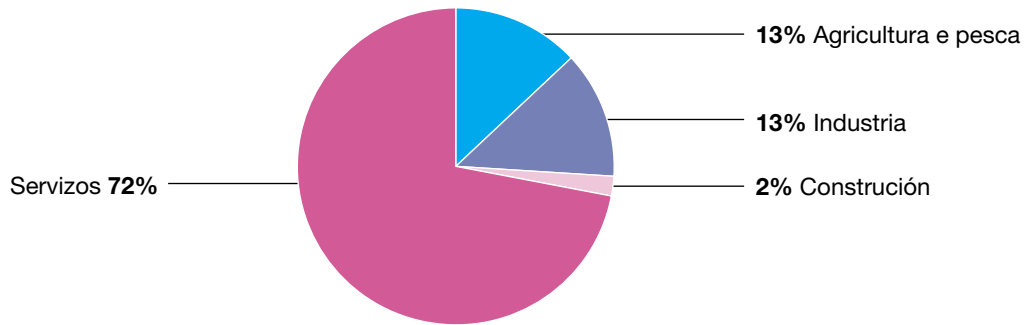
Fonte: Elaboración propia a partir do Anuario Galicia en cifras. IGE. 2005



O 80% da taxa de paro feminino concéntrase no tramo de idade dos 16 aos 24 anos.

O gráfico 7 mostra a distribución das mulleres con emprego segundo o sector económico onde prestan os seus servizos.

**Gráfico 7. Distribución traballo mulleres por sectores económicos**



Fonte: Elaboración propia a partir do Anuario Galicia en cifras. IGE. 2005

O número de mulleres que traballa no sector servizos case triplica ás mulleres ocupadas nos restantes sectores económicos.

Como se observa na táboa 5, as mulleres empregadas en Galicia perciben un salario medio un 27% inferior ao dos homes. En todos os sectores produtivos o salario medio das mulleres é inferior ao dos homes, cunha diferenza máxima do 48% no sector de entidades financeiras e aseguradoras e a menor diferenza observada é do 9%, no sector da construción e servizos inmobiliarios.

Táboa 5. Remuneracións por sexo segundo sector económico. 2004. Euros/ano

	Homes	Mulleres	% Diferencia
Total	16.155	11.727	37,7%
Enerxía e auga	33.004	23.348	41,3%
Industria	17.488	10.496	66,6%
Construción e servizos inmobiliarios	12.646	11.526	9,7%
Comercio	14.548	9.383	55%
Transporte e comunicacións	15.772	12.991	21,4%
Hostalería e restauración	8.089	5.945	36%
Entidades financeiras e aseguradoras	33.948	17.719	91,6%
Servizos ás empresas	14.331	9.124	57%
Ensino e sanidade	24.804	16.819	47,5%

Fonte: Datos estatísticos básicos de Galicia. IGE. 2006

Do mesmo xeito, a prestación básica anual por desemprego para as mulleres é un 16% inferior á dos homes.

#### 4.1.6. Pensións

A pensión media das mulleres en Galicia é un 28% inferior á dos homes. A táboa 6 mostra que o tramo de idade onde a pensión que perciben as mulleres ten un diferencial meirande con respecto á dos homes é entre os 56 aos 65 anos, cun 41% de diferenza.

Entre os 66 e os 75 anos, as mulleres cobran, como media, unha pensión inferior á que perciben os homes nun 29% e a partir dos 76 anos, a diferenza na contía das pensións é dun 20% en detrimento das mulleres.

Táboa 6. Pensión media anual por tramos de idade

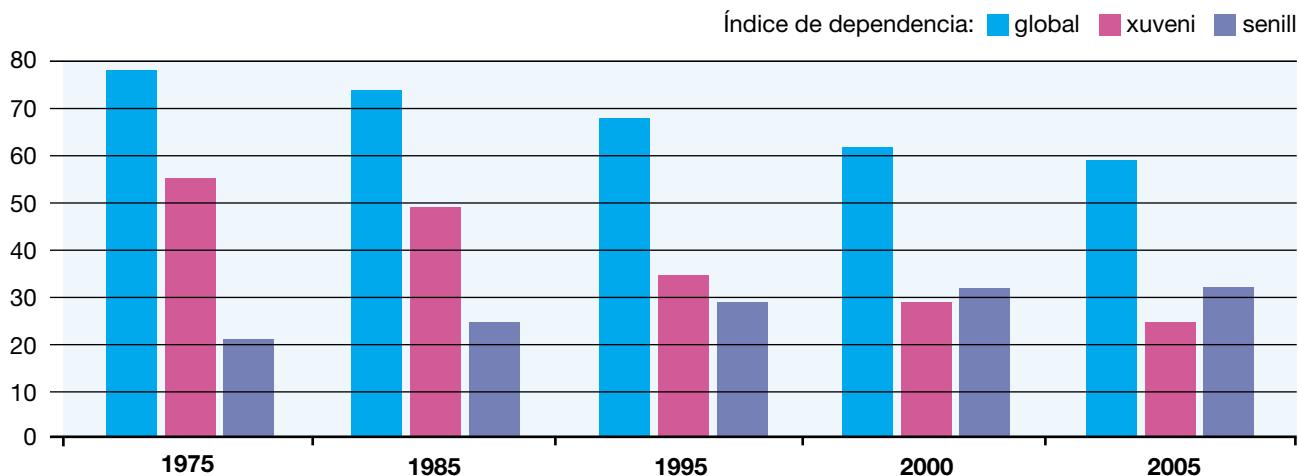
	Homes	Mulleres
Total	9.266	6.687
Menor de 25 anos	2.553	2.686
De 26 a 35 anos	3.456	3.100
De 36 a 55 anos	6.169	5.043
De 56 a 65 anos	11.113	6.566
De 66 a 75 anos	10.323	7.370
Maior de 75 anos	8.836	7.102

Fonte: Mercado de traballo e pensións nas fontes tributarias. IGE. 2004.

### 4.1.7. Dependencia e discapacidade

O índice de dependencia senil é de 34 e incrementouse dez puntos en vinte anos.

Gráfico 8. Evolución nos índices de dependencia global, xuvenil e senil en Galicia



Fonte: IGE. Indicadores demográficos. 2006

Do mesmo xeito, os índices de envelhecimento e sobreenvellecemento, cuns valores respectivos de 130,4 e 12,7, mostran unha evolución similar, triplicouse o primeiro e duplicouse o segundo durante as últimas dúas décadas<sup>1</sup>.

A taxa de persoas maiores de 65 anos con discapacidade é de 324,3 por mil habitantes. Do mesmo xeito, calcúlase unha taxa de 50,5 por mil habitantes de cidadáns, de entre 6 e 64 anos, que presentan discapacidades<sup>2</sup>.

En Galicia, a porcentaxe de persoas que atenden a dependentes acada o 13,2%, cifra que no caso das mulleres chega ao 16,5%<sup>3</sup>.

Ademais, as mulleres son as cuidadoras do 60% das persoas maiores, do 75% das persoas con discapacidade e do 92% das persoas que necesitan atención no fogar<sup>4</sup>.

1. Indicadores demográficos municipais e comarcais. IGE. 2006.

2. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de la salud. INE. 2002.

3. EPA. Módulo de conciliación entre la vida laboral y la familiar. INE. 2006.

4. García Calvente MM, Mateo I, Gutiérrez P. "Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud". Granada: EASP. 2000.

### 4.1.8. Educación

As mulleres representan o 51% do total do alumnado en cada un dos ciclos formativos de educación infantil, primaria e secundaria, mentres que supoñen o 44% do alumnado de bacharelato e o 41% de formación profesional<sup>5</sup>.

En educación superior universitaria, as mulleres representan o 64% do total de matriculados en estudos de licenciatura e o 72% en estudos de diplomaturas. Á súa vez, supoñen o 62% do total de alumnos que rematan os seus estudos universitarios<sup>6</sup>.

## 4.2. ESTADO DE SAÚDE

### 4.2.1. Esperanza de vida

O aumento da esperanza de vida é un indicador ligado ao retroceso da mortalidade en xeral e, en especial, ao descenso da mortalidade infantil. En Galicia a esperanza de vida é de 83,90 anos para as mulleres e de 76,55 para os homes. É dicir, a esperanza de vida das mulleres galegas é de 7,35 anos superior aos homes.

No tramo de idade de 65 a 75 anos as mulleres representan o 61% da poboación galega total e na franxa de maiores de 80 anos, a poboación feminina duplica en número a masculina.

Debe terse en conta que a esperanza de vida libre de discapacidade para as mulleres sitúase nos 68 anos; polo que unha parte importante do tempo de vida gañado asóciase á discapacidade.

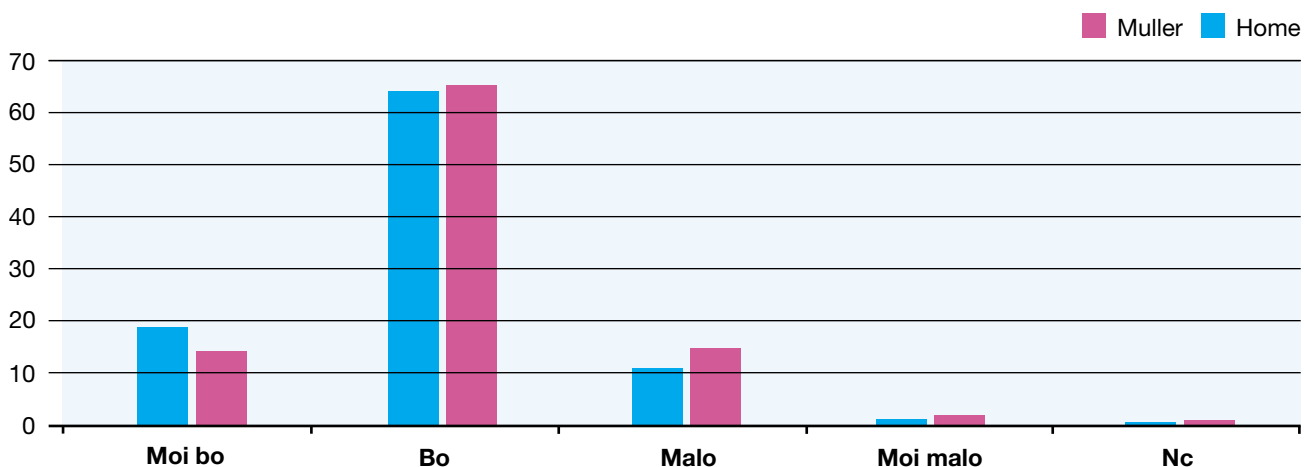
### 4.2.2. Percepción do estado de saúde

O 17,55% das mulleres percibe o seu estado de saúde como malo a moi malo, mentres que só o 13,7% dos homes teñen esa percepción da súa saúde (Gráfico 9).

5. Estadística de enseñanza no universitaria en España 2004. INE. 2005.

6. Estadística de enseñanza universitaria en España 2004. INE.

Gráfico 9. Percepción subxectiva do estado de saúde segundo sexo. Estrutura porcentual. Galicia



Fonte: Elaboración propia. Datos: Dirección Xeral de Planificación e Aseguramento. Consellería de Sanidade. Galicia. 2005

### 4.2.3. Hábitos de vida

#### 4.2.3.1. Tabaco

En conxunto, a poboación feminina presenta unha menor porcentaxe de fumadores, en comparación cos homes, como se desprende da táboa 7.

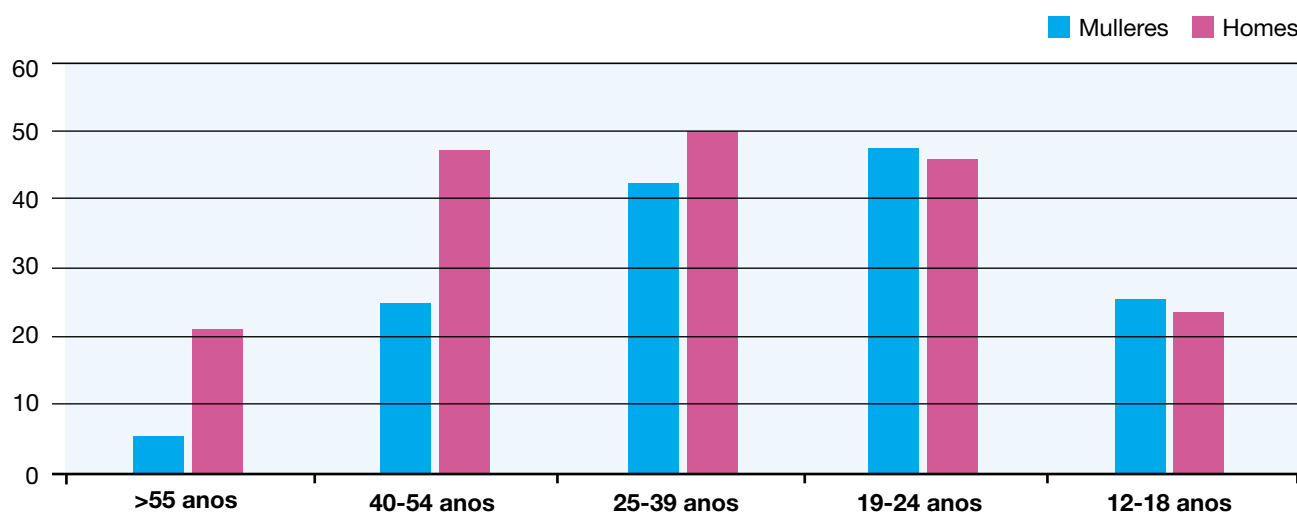
Táboa 7

Hábito actual	Homes	Mulleres
Nunca fumador	36,68	62,65
Ex-fumador	28,8	14,16
Fumador ocasional	5,02	2,95
Fumador diario	29,49	20,23

Fonte: Observatorio de Galicia sobre drogas. Consellería de Sanidade. 2006

Non obstante, o consumo de tabaco diario en Galicia nos últimos dous anos mostra unha diminución do hábito en homes en todos os tramos de idade e un aumento en mulleres, superando a porcentaxe de fumadoras á de fumadores nos tramos de idade de 12-18 anos e 19-24 anos, tal e como mostra a gráfica 10.

Gráfico 10. Comparativa hábitos tabaco homes e mulleres por tramos de idade



Fonte: Observatorio de Galicia sobre drogas. Consellería de Sanidade. 2006

### Tabaco e embarazo

Nun estudo realizado pola Dirección Xeral de Saúde Pública no 2004 salientase que o 31,9% (+-6%) non deixou de fumar durante o embarazo nin durante os primeiros 6 meses de lactancia. O 4,8% (2,9-6,7) das mulleres non deixou de fumar durante o embarazo, pero cesou o seu hábito durante os primeiros 6 meses de lactancia. O 45,4% (40,1-50,8) deixou de fumar durante o embarazo e os primeiros 6 meses de lactancia; o resto, o 17,8% (13,9-21,7) abandonou o hábito durante o embarazo, pero non na lactancia. Por último a porcentaxe de mulleres que abandonaron o seu hábito tabáquico durante a xestación foi a mesma no período 1985-94 que para o período 1995-2004, o 61%.

### 4.2.3.2. Alcohol

A porcentaxe de consumidoras de alcohol entre as mulleres galegas é inferior á dos homes, para todas as categorías de consumo, excepto para o nivel de exceso.

**Táboa 8. Consumo de alcohol en Galicia na poboación maior de 12 anos.**

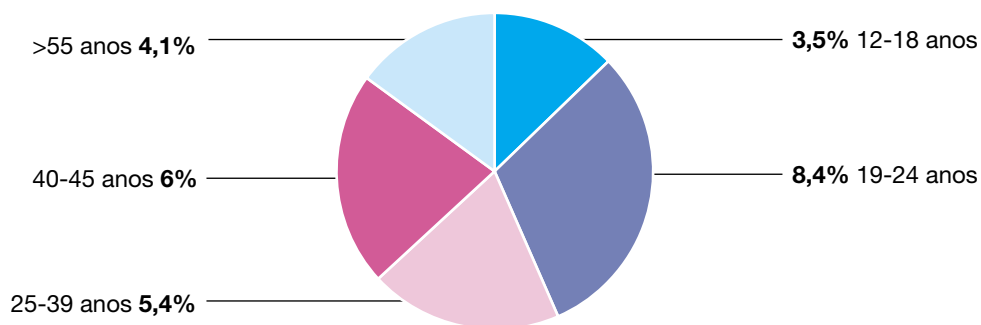
Porcentaxes segundo categorías e sexo

Consumo de alcohol	Homes	Mulleres
Abstinentes (0 cc)	44,2	77,3
Lixeiros (1-25 cc)	23,6	7,3
Moderados (25-75 cc)	21,9	10,3
Altos (76-100 cc)	5,2	1,4
Excesivos (101-150 cc)	2,6	3,1
Gran risco (>150 cc)	2,5	0,6

Fonte: A Nosa Saúde en Cifras. Consellería de Sanidade. 2005

No gráfico 11 móstrase, desagregada por idades, a distribución das bebedoras abusivas en Galicia.

**Gráfico 11 Consumo de alcohol de mulleres en Galicia. Porcentaxes por idades**



Fonte: Observatorio de Galicia sobre drogas. Consellería de Sanidade. 2006

É significativa a meirande porcentaxe de consumidoras abusivas no tramo de idade de menores de vinte e catro anos.

#### 4.2.3.3. Outras drogas

Como se pode comprobar na táboa 9, excepto nos psicofármacos, os homes teñen unhas prevalencias de uso superiores ás mulleres en todas as sustancias, aínda que nos inhalables, as anfetaminas e o crack as diferenzas non son significativas e apuntan a unha certa igualdade no seu consumo. Non obstante, entre os grupos de idade máis novos as diferenzas entre homes e mulleres redúcense bastante.

Táboa 9. Prevalencias do uso das distintas drogas segundo o xénero

Sustancias	Homes	Mulleres
Inhalables	0,2	0,1
Cannabis	9,0	3,2
Cocaína	2,1	0,8
Drogas de síntese	1,5	0,9
Heroína	0,5	0,2
Alucinóxenos	0,6	0,1
Anfetaminas	0,4	0,1
Tranquilizantes	2,0	4,6
Hipnóticos	0,7	3,0
Crack	0,1	0,1

Fonte: Observatorio de Galicia sobre drogas. Consellería de Sanidade. 2006

#### 4.2.3.4. Actividade física. Alimentación e peso

As mulleres presentan, en termos xerais, unha vida máis sedentaria có home, pois mentres que elas realizan un moderado ou mínimo esforzo físico durante a súa actividade principal no 74% dos casos, entre os homes a proporción redúcese ata o 66,1%<sup>7</sup>.

Ademais, mentres os homes dedican 2 horas e 14 minutos diarios a deportes e actividades ao aire libre, as mulleres só dedican 1 hora e 40 minutos como media<sup>8</sup>.

A actividade física máis habitual entre as mulleres é o camiñar, para o 64,5% das que realizan algunha actividade física no seu tempo libre, seguida da natación e a ximnasia<sup>9</sup>.

En canto aos hábitos alimenticios, no caso das mulleres, a alimentación preséntase como máis equilibrada, xa que comen máis frecuentemente cós homes peixe, froitas, verduras e hortalizas, mentres que eles comen con meirande asiduidade carne e patacas<sup>10</sup>.

Como consecuencia, a adecuación entre a estatura e o peso é máis frecuente entre as mulleres, das que un 46% presenta un peso normal, fronte a só o 38,7% dos homes<sup>11</sup>.

7. Enquisa de saúde en Galicia. Consellería de Sanidade. 2005.

8. Enquisa de emprego do tempo 2002-2003. IGE. 2005.

9. Enquisa de saúde en Galicia. Consellería de Sanidade. 2005.

10. Enquisa de saúde en Galicia. Consellería de Sanidade. 2005.

11. Enquisa de saúde en Galicia. Consellería de Sanidade. 2005



#### 4.2.3.5. Lactación materna

Segundo os datos da Enquisa de Saúde en Galicia 2005, o 60,4% dos/as nenos/as alimentáronse nalgún momento con leite materno, mentres que o 37,5% unicamente tomou biberón.

Convén indicar que só o 19,7% optou exclusivamente pola lactación materna durante todo o tempo ata a alimentación sólida, mentres que un 40,6% recorreu tamén á artificial.

Un 13,2% das nais empregou como método de alimentación a lactación combinada: ben téndolle dado só peito nalgún momento –5% dos casos–, ben simultaneando xa dende o nacemento os dous tipos de lactación –8,2%–.

En canto á duración da alimentación con leite materno, os resultados da enquisa poñen de manifesto que a porcentaxe de nenos/as aos/ás que se lles deu unicamente o peito, como mínimo, ata que tiñan 6 meses (duración mínima recomendada pola OMS e UNICEF), non supera o 29,6% o que equivale a un 15,5%.

#### Emprego da lactación materna

Nalgún momento 60,4%	Sempre lactación materna (ata a alimentación sólida) 19,8%	Lactación materna exclusiva, como mínimo, ata os 6 meses 15,5%
	Tanto materna como artificial 40,6%	
Nunca 37,5%		

#### 4.2.3.6. Vivencia da menopausa

Por termo medio as mulleres galegas chegan á menopausa aos 49,2 anos (Enquisa de Saúde Sanitaria e Social ás Mulleres. Galicia 2000). Segundo datos da dita enquisa, o 44,4% das mulleres galegas encóntrase en situación menopaúsica, sendo no 85,1% dos casos de xeito natural. O incremento na esperanza de vida determina que un número

importante dos anos da vida se realicen nunca situación de privación hormonal, sendo esta unha circunstancia favorecedora de diferentes problemas de saúde. Este período asóciase a unha alta morbilidade: síntomas vasomotores (sufocacións,...), cambios uroxe-nitais ou osteoporose.

Dada a importancia de establecer un mecanismo de monitorización dos cambios que se vaian producindo, no ano 2000 realizouse a "Enquisa de Saúde Sanitaria e Social ás Mulleres. Galicia 2000".

Dun xeito resumido os datos máis salientables da dita enquisa (ano 2000), foron os seguintes:

- O 44,4% das mulleres galegas atópase en situación menopáusica.
- O 8,1% das mulleres menopáusicas está con tratamento hormonal.
- O 37,8% refire non ter ningunha información acerca da menopausa e o 19% escasa información.
- Das mulleres informadas acerca da menopausa, o 37,5% recibiu a información dos profesionais de atención primaria e o 33,7% recibiu a dos profesionais de atención especializada.
- Á hora de solicitar información acerca da menopausa, o 46,9% acudirían aos profesionais de atención primaria e o 19,8% acudirían aos profesionais de atención especializada.

#### 4.2.3.7. Saúde sexual e reprodutiva

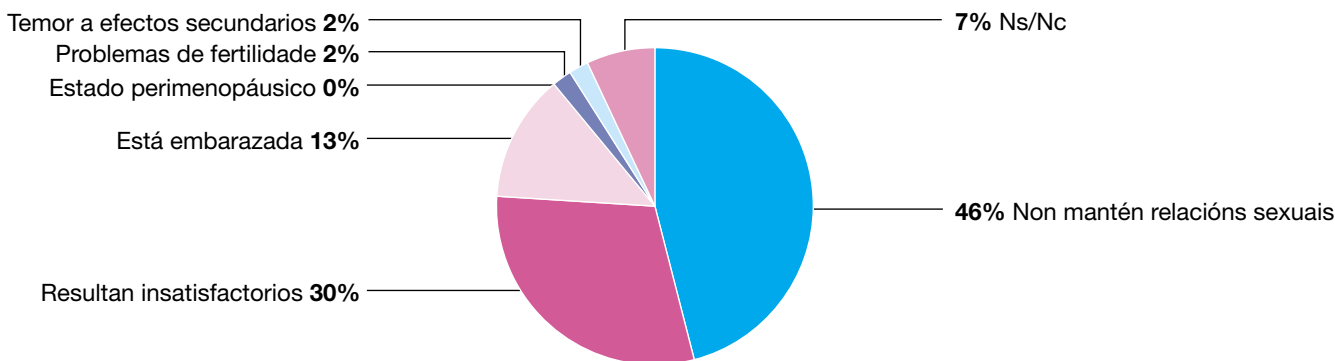
En Galicia, o 52,4% das mulleres entre os 15 e os 44 anos empregaron algún método anti-conceptivo no último ano, fronte ao 45,4% que non empregou ningún.

As mulleres en idade fértil que menos empregan métodos anticonceptivos son as mulleres sen estudos (60,9%) e as que máis os empregan son aquelas que teñen estudos universitarios e educación secundaria.

O uso de anticonceptivos está máis relacionado co nivel cultural da muller que coa súa capacidade económica e o seu uso está máis xeneralizado nas cidades que no medio rural.

As razóns xustificativas para a non utilización de métodos anticonceptivos móstranse no gráfico 12.

**Gráfico 12. Motivo de non utilización de métodos anticonceptivos por mulleres de 15 a 44 anos**



Fonte: Elaboración propia. Datos: Enquisa de saúde, sanitaria e social as mulleres. Galicia. 2000

A píldora anticonceptiva e o preservativo son os métodos máis empregados.

**Táboa 10. Métodos anticonceptivos máis empregados**

Método	%	Método	%
Píldora anticonceptiva	40,1	Interrupción do coito	1,5
Preservativo	34,4	Ogino	0,7
DIU	9,6	Diafragma	0,3
Ligadura de trompas	7,4	Espermicida	0,2
Vasectomía	5,6	Nc	0,2

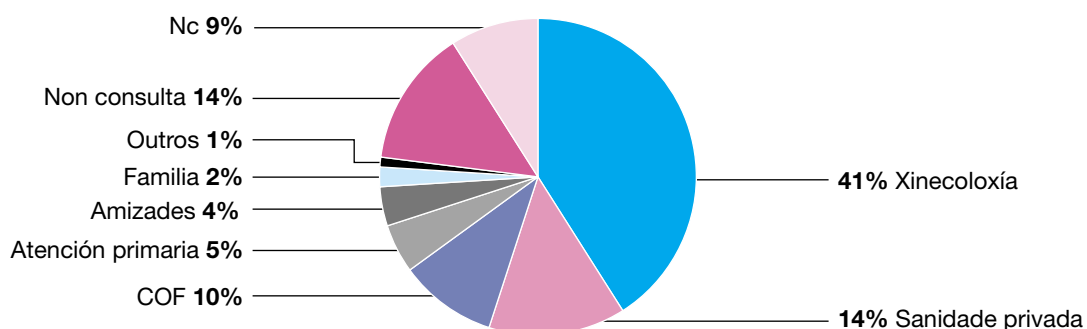
Fonte: Enquisa de saúde, sanitaria e social ás mulleres. Consellería e Sanidade. Galicia. 2000

A píldora é o método máis empregado polas mulleres con estudos secundarios, o preservativo polas que teñen estudos primarios e a ligadura de trompas nas mulleres sen estudos.

O 45% das mulleres que empregan un método anticonceptivo acoden aos profesionais sanitarios de atención primaria ou atención especializada para realizar a consulta. Un 13,6% non consulta sobre o método.

A taxa galega de utilización da anticoncepción de urxencia por mil mulleres, entre os 15 e os 24 anos, é do 138,06; mentres a media estatal é de 117,38.

Gráfico 13. Consulta sobre métodos anticonceptivos. Mulleres entre 15 e 44 anos



Fonte: Elaboración propia. Datos: Enquisa de saúde, sanitaria e social ás mulleres. Galicia. 2000

Na franxa de idade de 15 a 44 anos, as mulleres que acoden con maior frecuencia a consultar sobre anticoncepción aos profesionais dos centros públicos de atención especializada son as mulleres con estudos primarios, as que máis recorren á medicina privada son aquelas que teñen estudos secundarios de primeiro ciclo e as universitarias, e as mulleres que utilizan máis frecuentemente os Centro de Orientación Familiar son as que teñen estudos secundarios de segundo ciclo.

Para todas as idades, as mulleres que residen no hábitat urbano frecuentan en meirande medida a atención especializada para a consulta sobre anticoncepción, mentres que as mulleres pertencentes ao hábitat semiurbano frecuentan en meirande medida os recursos da sanidade privada e as mulleres do hábitat rural presentan a meirande porcentaxe das que acoden aos profesionais sanitarios de atención primaria.

## 4.2.4. Morbilidade

### 4.2.4.1. Motivos de consulta

O principal motivo de consulta das mulleres en atención primaria son os arrefriados comúns. Non obstante, no referente á morbilidade crónica, as mulleres foron diagnosticadas de hipertensión arterial en meirande porcentaxe de casos cós varóns, un 27,1% fronte a un 21,9%<sup>12</sup>.

12. Enquisa de saúde en Galicia. Consellería de Sanidade. 2005.

**Táboa 11. Principais motivos de consulta na atención primaria en mulleres**

Descrición	% total
IRA (arrefriado)	11,20%
Cistite/outras infeccións urinarias non venéreas	2,12%
Bronquite	1,95%
Outras infeccións presumibles do aparello dixestivo	1,87%
Tose	1,80%
Signos e síntomas lumbares sen irradiación da dor	1,55%
Dermatite de contacto outros eccemas	1,53%

Fonte: A Nosa Saúde en Cifras. Consellería de Sanidade. 2005

Ademais, as mulleres presentan unha meirande incidencia das enfermidades asociadas ao sistema musculoesquelético<sup>13</sup>.

Como consecuencia, a porcentaxe de mulleres que ven afectada a súa actividade habitual debido ao padecemento de morbilidad crónica é do 17%, fronte ao 11,7% nos homes<sup>14</sup>.

As dez causas máis frecuentes de altas hospitalarias de mulleres en Galicia, financiadas polo Servizo Galego de Saúde no 2005, supuxeron 33.881 episodios, o que significou máis de 184.000 estancias.

**Táboa 12. 10 GRDs máis frecuentes en mulleres. Servizo Galego de Saúde**

Descrición do GRD	% total
Parto sen complicacións	7,52%
Cesárea, sen complicacións	2,78%
Proc. sobre útero e anexos por ca. in situ e proceso non maligno sen cc	2,74%
Parto con complicacións	2,73%
Trast.respiratorios exc. infeccións, bronquite, asma con cc maior	2,26%
Aborto con dilatación e legrado, aspiración ou histerotomía	2,20%
Outros diagnósticos anteparto sen complicacións médicas	1,88%
Insuficiencia cardíaca e choque	1,86%
Outros diagnósticos anteparto con complicacións médicas	1,85%
Substitución de cadeira excepto por complicacións	1,24%

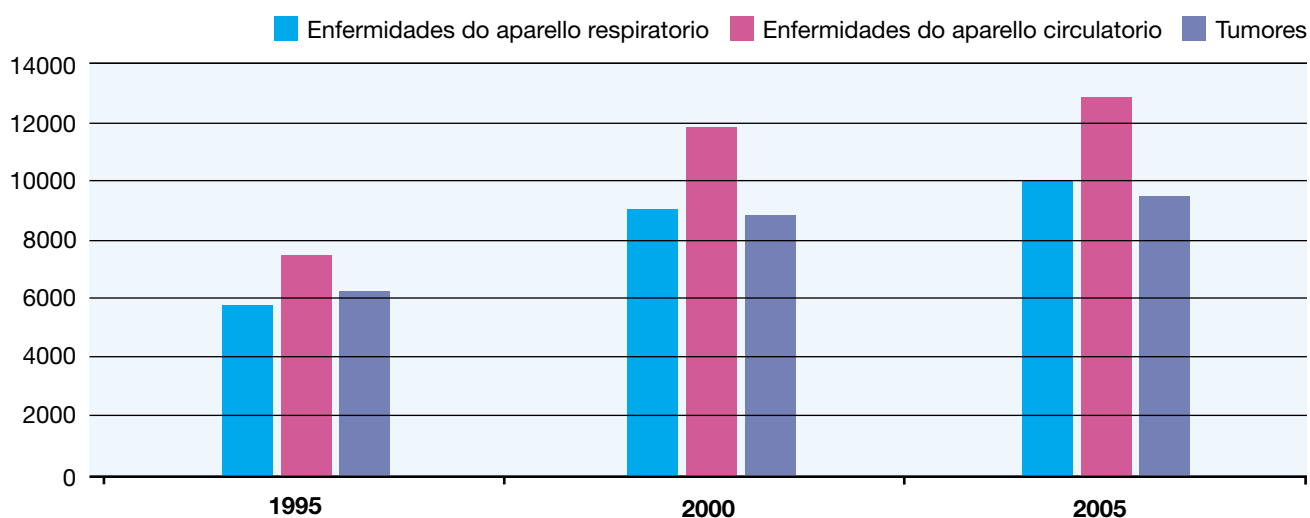
Fonte: CMBD. Consellería de Sanidade. 2005

13. Enquisa de saúde en Galicia. Consellería de Sanidade. 2005.

14. Enquisa de saúde en Galicia. Consellería de Sanidade. 2005.

Na última década, o número de ingresos de mulleres en hospitais do Servizo Galego de Saúde debido a enfermidades do aparato respiratorio e circulatorio incrementouse en máis do 42%, mentres que o número de ingresos en mulleres por tumores incrementouse, no mesmo período, nun 33%.

**Gráfico 14. Evolución de número de mulleres ingresadas en hospitais do Servizo Galego de Saúde por grandes grupos de enfermidade**



Fonte: Elaboración propia. Datos: CMBD. Consellería de Sanidade. Galicia. 2006

A táboa 13 presenta as dez causas máis frecuentes de alta hospitalaria para as mulleres galegas maiores de 50 anos. Estas supuxeron 14.000 episodios de hospitalización e 156.000 estancias financiadas polo Servizo Galego de Saúde.

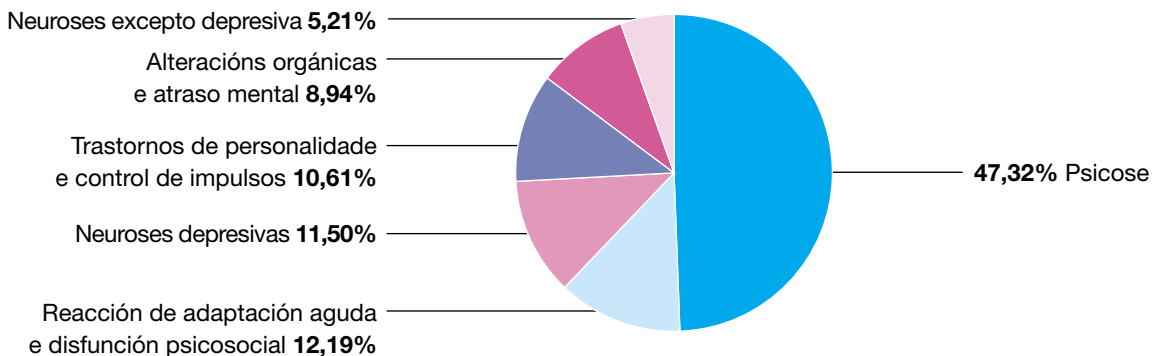
**Táboa 13. 10 GRDs máis frecuentes en mulleres de máis de 50 anos. Servizo Galego de Saúde**

Descrición do GRD	% total
Trast. respiratorios exc. infeccións, bronquite, asma con cc maior	4,13%
Insuficiencia cardíaca e choque	3,55%
Substitución de cadeira excepto por complicacións	2,32%
Proc. sobre útero e anexos por ca. in situ e proceso non maligno sen cc	2,19%
Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT e hemorraxia intracranial	1,99%
ICC e arritmia cardíaca con cc maior	1,89%
Reimplantación maior articulación e membro extr. inferior, excepto cadeira sen cc	1,62%
Outros diagnósticos de aparato respiratorio sen cc	1,30%
Outros diagnósticos de aparato respiratorio con cc	1,27%
Proc. de cadeira e fémur excepto articulación maior idade >17 sen cc	1,23%

Fonte: A nosa saúde en cifras. Consellería de Sanidade. 2005

Como mostra o gráfico 15, a psicose supón case o 50% dos ingresos hospitalarios de mulleres por trastornos mentais.

**Gráfico 15. GRDs de trastornos mentais máis frecuentes en mulleres en Galicia**



Fonte: Elaboración propia. Datos: Consellería de sanidade. 2005

Atendendo á táboa 14, os partos con cesárea significaron o 27,2% dos partos atendidos e financiados polo Servizo Galego de Saúde.

**Táboa 14. GRDs máis frecuentes en mulleres no embarazo, parto e puerperio**

Descrición do GRD	Episodios
Cesárea, con complicacións	772
Cesárea, sen complicacións	3.474
Cesárea de alto risco con cc	139
Cesárea de alto risco sen cc	490
Parto con complicacións	3.423
Parto sen complicacións	9.414
Parto con esterilización e/ou dilatación e legrado	59
Parto con procedemento cirúrxico excepto dilat. ou legr. e/ou esterilización	145
Parto vaxinal de alto risco con esterilización e/ou dilat. e legrado	23
Ameaza de aborto	1.279
Aborto sen dilatación e legrado	370
Aborto con dilatación e legrado, aspiración ou histerotomía	2.753

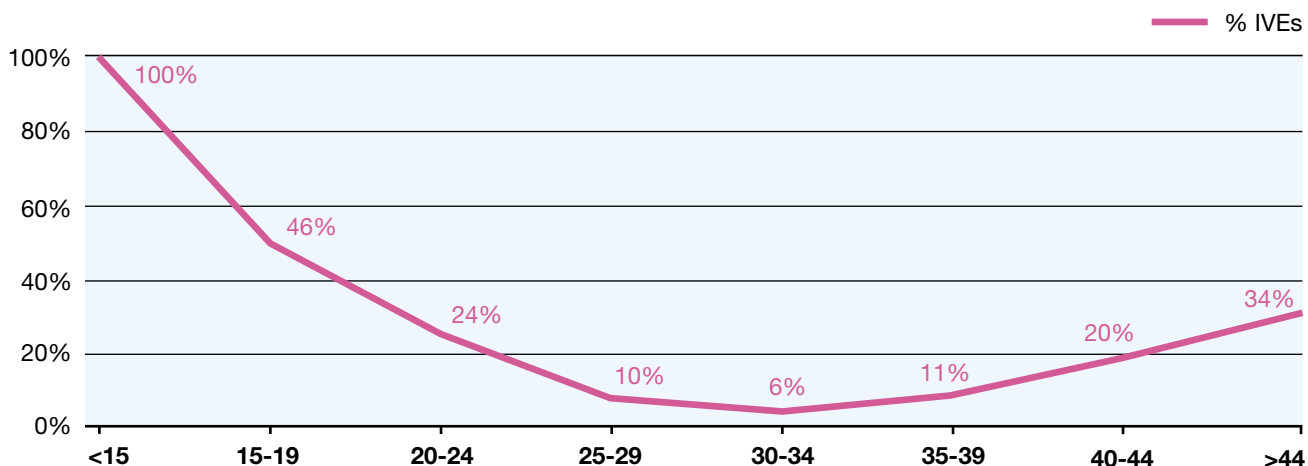
Fonte: Consellería de Sanidade. 2005

Os abortos financiados pola Consellería de Sanidade supuxeron, ao longo do 2005, 3.123 episodios; o que supón unha taxa de IVE por mil mulleres de 15 a 24 anos, do 6,13; fronte á taxa media estatal que é do 12,83.

O 45% das IVEs realizadas en Galicia fórono en menores de 25 anos e o 12% en menores de 18.

En menores de 20 anos, preto do 50% dos embarazos terminan en abortos.

Gráfico 16. Porcentaxe IVEs sobre nados vivos+IVEs

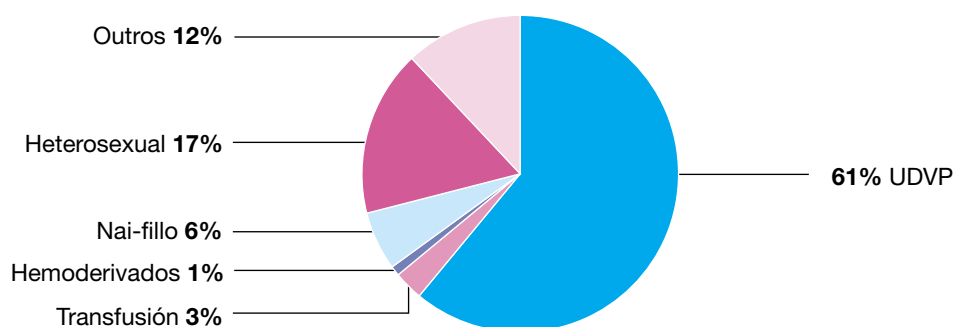


Fonte: Elaboración propia. Datos: CMBD. Consellería de Sanidade. Galicia. 2005

#### 4.2.4.2. VIH-SIDA

A causa máis importante de transmisión da SIDA en mulleres en Galicia é o consumo de drogas por vía parenteral (UDVP) cun 61% dos pacientes infectados por esta causa.

Gráfico 17. SIDA en mulleres galegas por categorías de transmisión. 2005

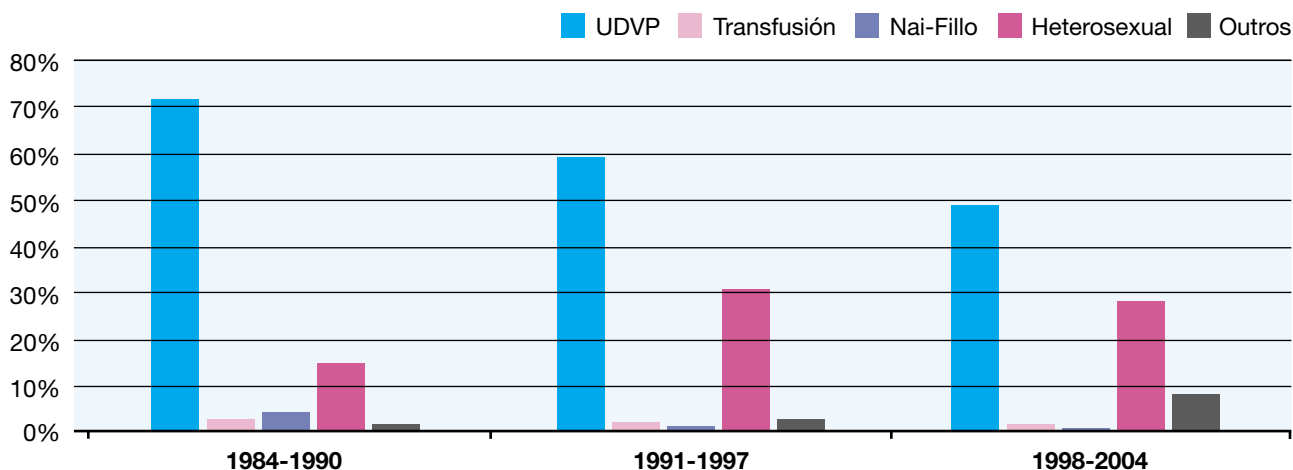


Fonte: Elaboración propia. Datos: Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Instituto de Salud Carlos III. Mº de Sanidad y Consumo. 2005



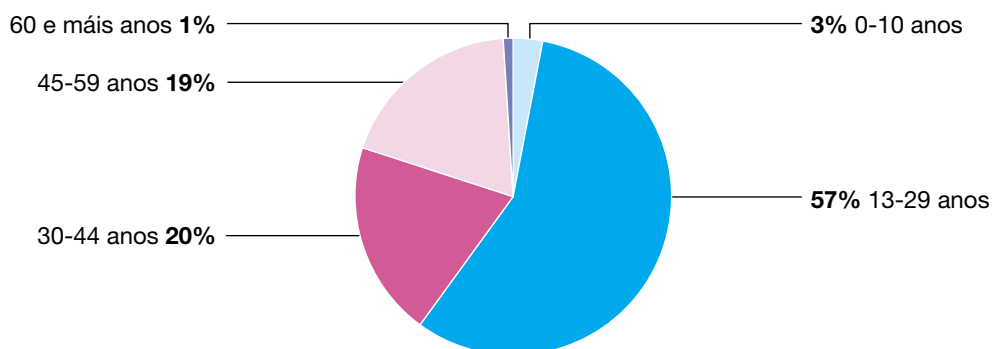
O tramo de idade que presenta a meirande porcentaxe de mulleres infectadas é entre os 13 e os 29 anos, que representan case o 60% do total mentres que entre os 30 e os 59 anos supoñen case o 40% das infectadas (Gráfico 19).

**Gráfico 18. Evolución da SIDA en Galicia en mulleres atendendo á categoría de transmisión**



Fonte: Elaboración propia. Datos: A Nosa Saúde en Cifras. Consellería de Sanidade. 2005

**Gráfico 19. Porcentaxe de mulleres infectadas de VIH segundo idades**



Fonte: Elaboración propia. Datos: Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Instituto de Salud Carlos III. Mº de Sanidad y Consumo. 2005

O 63% dos casos de SIDA en mulleres galegas, no tramo de idade entre os 30 e os 44 anos, teñen a súa orixe no consumo de drogas por vía parenteral.

Do total de contaxio por UDVP, o tramo de idade entre os 13 e os 44 anos representa o 98% do total dos contaxios por esta vía.

O contaxio por relacións heterosexuais de risco representa o 12% do total das causas de infección.

#### 4.2.4.3. Trastornos alimenticios

No que respecta ás patoloxías de desordes alimenticios, o número de estancias de mulleres causadas por anorexia medrou de 1995 ao ano 2000 nun 38% e nos seguintes cinco anos diminuíu nun 41%.

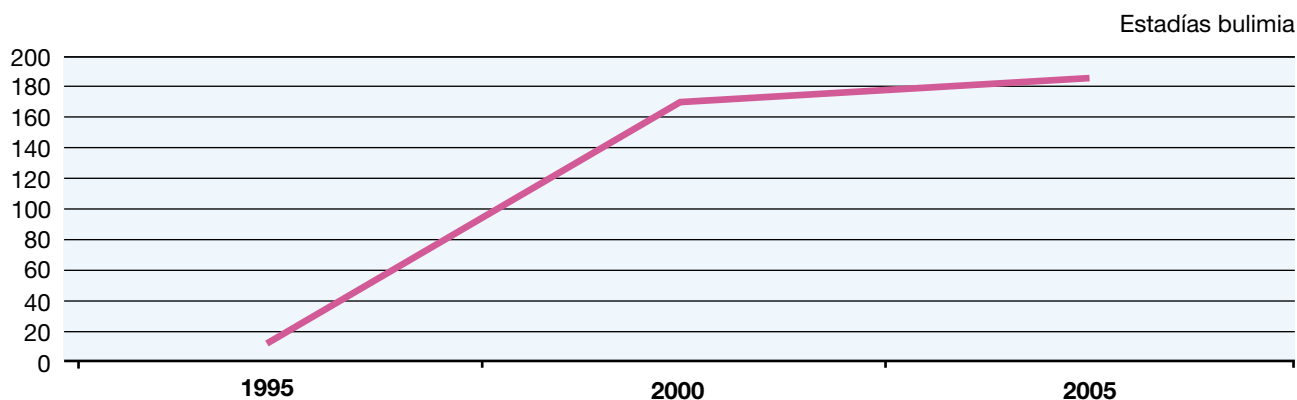
**Gráfico 20. Evolución número estancias de mulleres por anorexia en hospitais do Servizo Galego de Saúde**



A idade media dos ingresos por anorexia en hospitais do Servizo Galego de Saúde foi de 18 anos, mentres que no ano 2005 foi de 22 anos.

Na patoloxía de bulimia, o número de estancias causadas por mulleres en hospitais do Servizo Galego de Saúde multiplicouse por 18 nos últimos dez anos e a idade media das afectadas pasou de 18 a 24 anos.

**Gráfico 21. Evolución número de estancias de mulleres por bulimia en hospitais do Servizo Galego de Saúde**

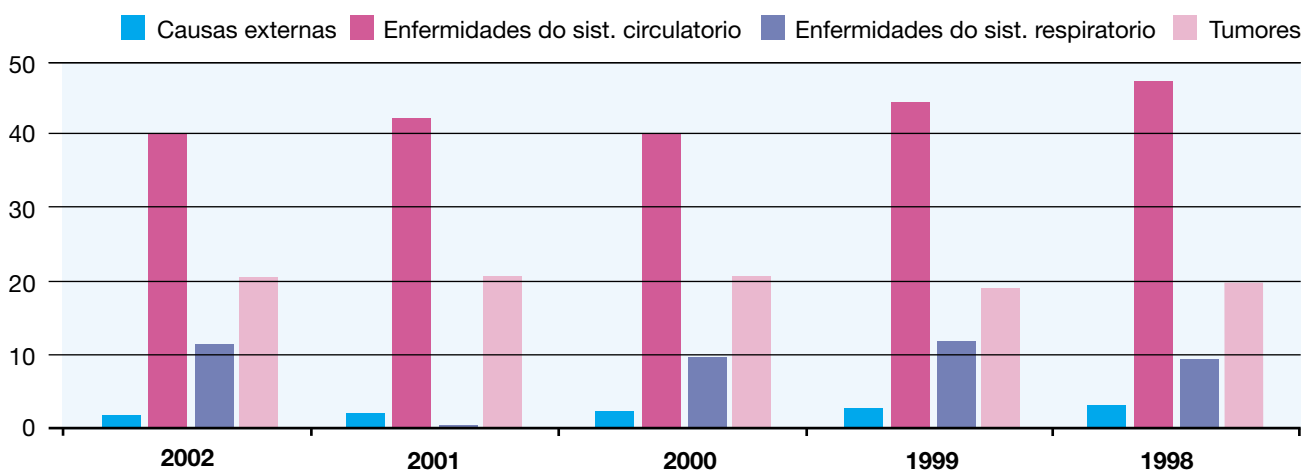


### 4.2.5. Mortalidade

Como se pode observar na táboa 15, as enfermidades do aparato circulatorio, que inclúen as enfermidades cerebrovasculares, a insuficiencia cardíaca e o infarto agudo de miocardio, supoñen a principal causa de mortalidade en mulleres en Galicia, e duplican o número de falecementos aos provocados por tumores, que representan a segunda causa de morte.

Non obstante, como se mostra no gráfico 22, a mortalidade en mulleres en Galicia, por enfermidades do aparato circulatorio descendeu moderadamente nos últimos anos e mantéñense practicamente constantes as porcentaxes de falecemento por tumores e enfermidades respiratorias.

Gráfico 22. Evolución da mortalidade proporcional por grandes grupos en mulleres. Galicia



Fonte: A Nosa Saúde en Cifras. Consellería de Sanidade. 2005

O cancro de colon e recto e o cancro de mama son os responsables do meirande número de defuncións en Galicia por tumores entre as mulleres galegas.

Táboa 15. Porcentaxe de mortalidade por causas en mulleres

Causas	%
Enfermidades infecciosas e parasitarias	1,31%
Tumores	20,74%
Enf. endocr., nutr., metab. e inmunitarias	0,25%
Enf. do sangue e org. hematopoéticos	2,84%
Enfermidades mentais	4,14%
Enf. do sis. nervioso e org. sensitivos	2,7%
Enfermidades do aparello circulatorio	42,36%
Enfermidades do aparello respiratorio	12,04%
Enfermidades do aparello dixestivo	4,26%
Enfermidades do aparello xenitourinario	0,47%
Compl. do embarazo, parto e puerperio	0,94%
Enfer. da pel e do tecido subcutáneo	1,87%
Enfer. do sis. músculoesq. e tec. conectivo	0%
Anomalías conxénitas	0,13%
Alteracións do período perinatal	0,21%
Síntomas, signos e entid. mal definidas	3,14%
Causas externas	2,6%

Fonte: A nosa saúde en cifras. Consellería de Sanidade. 2005

Acorde coa táboa 16, que destaca a meirande probabilidade de morte en mulleres galegas maiores de 80 anos, a distribución porcentual de falecidas en Galicia por grupos de idade sitúa as maiores de 80 anos con máis do 45 por cento do total de falecementos entre mulleres.

Táboa 16. Probabilidade de morte en mulleres por idades por mil habitantes

Idade	Probabilidade de morte	Idade	Probabilidade de morte
0	4,77	40	5,93
1	1,3	50	11,98
10	0,9	60	23,93
20	1,68	70	71,92
30	2,86	80	253,59

Fonte: Táboas de mortalidade. INE. 2000

As mulleres presentan unha meirande porcentaxe de anos esperados de vida perdidos cós homes, á parte de por cancro de mama, por enfermidades cerebrovasculares e por cancro de colon e recto.

A distribución das porcentaxes de anos esperados de vida perdidos en mulleres galegas por grupos de idade mostra que os dous grupos que contribúen en meirande medida á perda de anos de vida son os de 55 a 64 anos e de 45 a 54 anos.

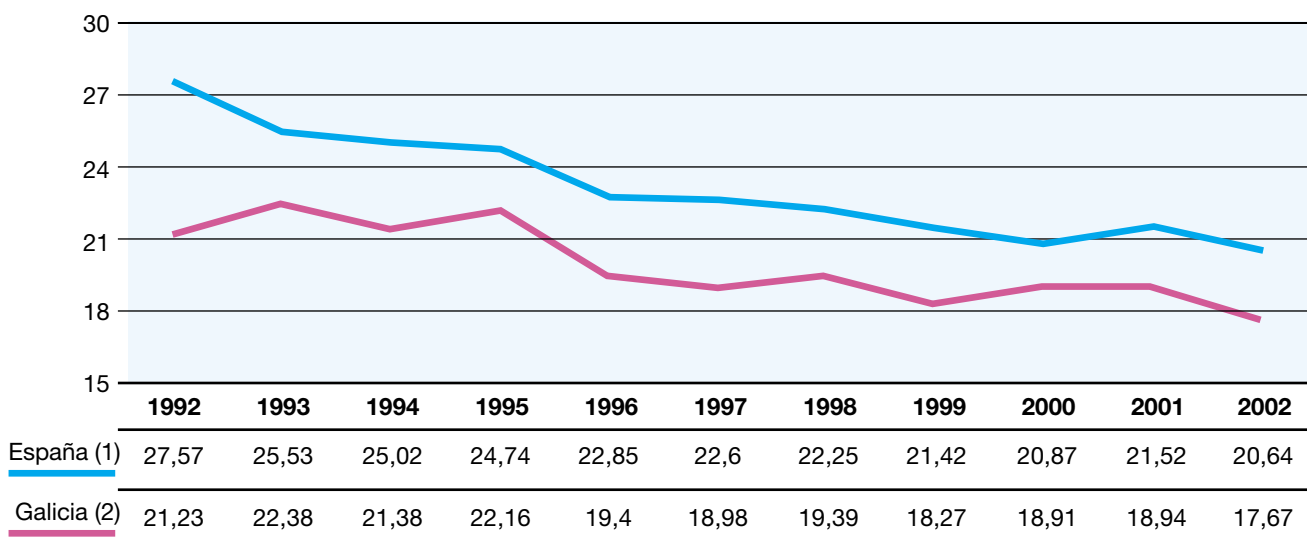
Táboa 17. Porcentaxe de anos esperados de vida perdidos por causas

Causa	Homes	Mulleres
Cancro de mama	0,0	8,0
Defuncións perintais	2,3	6,6
Enfermidades cerebrovasculares	3,4	5,1
Cancro de colon e recto	2,7	4,0
Enfermidades isquémicas do corazón	8,5	3,9
Enfermidades respiratorias	4,2	3,1

Fonte: A nosa saúde en cifras. Consellería de Sanidade. 2005

Cancro de mama. Nas seguintes gráfica e táboa amósanse algúns datos da mortalidade por cancro de mama, nelas pode observarse que a taxa de mortalidade en Galicia continúa por debaixo da estatal e que o cancro de mama é o máis frecuente entre os cancros.

Gráfico 23. Evolución da mortalidade por cancro de mama en Galicia e España. Taxas por 100.000 mulleres\*



\* Taxas estandarizadas á poboación europea

Fonte:

(1) *Mortalidade por cancro en España*. Centro Nacional de Epidemioloxía. Instituto de Saúde Carlos III

(2) Rexistro de Mortalidade de Galicia. Dirección Xeral de Saúde Pública

Táboa 18. Mortalidade por tumores na muller. Galicia 2002

Tumores	Nº casos	%
Mama	388	13,38
Colon	317	10,93
Estómago	231	7,96
Pulmón/bronquios	159	5,48
Páncreas	175	6,03
Ovario	135	4,65
Útero (corpo e non específico)	97	3,34
Colo uterino	47	1,62
Outros	1.352	46,61
Total	2.901	100%

Fonte

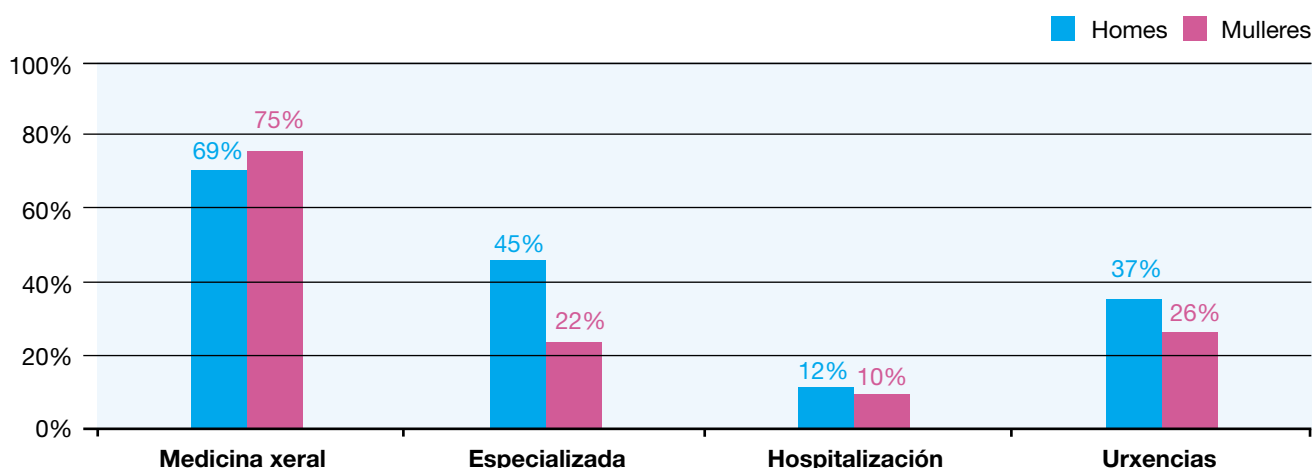
Fonte: Rexistro de Mortalidade de Galicia. DXSP

## 4.3. SERVIZOS SANITARIOS

### 4.3.1. Utilización, satisfacción e información

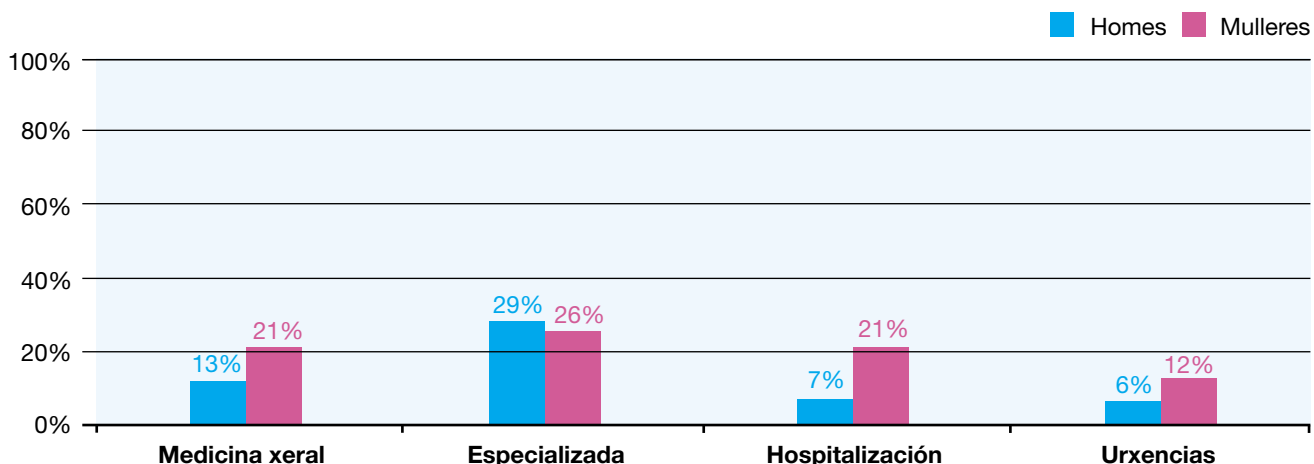
Segundo os datos do Barómetro Sanitario do 2005 as mulleres en Galicia utilizan máis os servizos de atención primaria que os homes e menos a hospitalización, como pode apreciarse no gráfico 24. As urxencias e as consultas de especializada máis utilizadas polas mulleres galegas son as de traumatoloxía cun 22% seguida das de xinecoloxía cun 18%.

Gráfico 24. % Persoas que utilizaron os servizos sanitarios nos últimos 12 meses segundo sexo



Por outra banda, a satisfacción da muller cos servizos prestados é menor cá dos homes agás nas consultas especializadas. Este feito obsérvase na seguinte gráfica.

**Gráfico 25. Satisfacción cos servizos sanitarios, % usuarias que consideran regular ou mala a atención recibida ou excesivo o tempo de resolución en urxencias**



Sen embargo, as mulleres galegas teñen unha consideración mellor do Sistema Galego comparado con outras autonomías que os homes. Tamén as mulleres están máis preocupadas polas listas de espera que os homes (un 28,8% para os homes e un 32,3% para as mulleres).

Por último, o 42% das mulleres consideran que non lles dixeron o tempo que tardarían en ingresar nun hospital, mentres que nos homes é só dun 8%. O 45% das mulleres non recoñecen que lles fora asignado un médico ao ingreso, por contra nos homes é só do 17%. Ademais, un 42% das mulleres non coñece qué son os medicamentos xenéricos fronte a un 31% nos homes.

### 4.3.2. Consultas xinecolóxicas. Detección precoz de cancro de cérvix

Preto do 24% das mulleres en Galicia nunca realizaron unha consulta xinecolóxica, incrementándose esta porcentaxe nas cohortes de idade extremas: 48,1% para as mulleres de entre 16 e 24 anos e 53% nas mulleres maiores de 75 anos.

O tempo medio transcorrido dende a última visita ao xinecólogo en Galicia sitúase en 2,5 anos. O 83,5% das consultas teñen o carácter de revisión periódica ordinaria e só un 14,8% tivo como motivo o diagnóstico e o tratamento ou a revisión dun problema<sup>15</sup>.

15. A nosa saúde en cifras. Consellería de Sanidade. 2005.

### 4.3.3. Reprodución humana asistida

A actual carteira de servizos que oferta o sistema sanitario público galego é a seguinte:

#### Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo:

É referencia para toda a poboación do norte de Galicia: provincias de Lugo e da Coruña.

A súa carteira de servizos é:

- Inseminación artificial con seme de parella.
- Inseminación artificial con seme de doador.
- Fecundación in vitro.
- Microinxección intracitoplasmática de esperma (ICSI).
- Laboratorio de capacitación espermática.
- Doazón de ovocitos.
- Transferencia de embrións criopreservados.
- Lavados seminais.
- Tratamentos virais.
- Redución embrionaria.
- Asesoramento xenético.

#### Complexo Hospitalario Universitario de Vigo:

- Inseminación artificial con seme de parella.
- Inseminación artificial con seme de doador.
- Fecundación in vitro.
- Microinxección intracitoplasmática de esperma (ICSI).
- Laboratorio de capacitación espermática.
- Transferencia de embrións criopreservados.

#### Área sanitaria de Ferrol:

- Estudo básico da esterilidade.
- Indución á ovulación.

#### Complexo Hospitalario de Pontevedra:

- Estudo básico da esterilidade.
- Estimulación e indución ovárica.
- Inseminación artificial de seme de parella.
- Laboratorio de capacitación espermática.



#### Complexo Hospitalario Xeral Calde Lugo:

- Unidade básica que realiza estudo da esterilidade.
- Estimulación ovárica.

#### Complexo Hospitalario de Ourense:

- Indución ovárica.
- Inseminación artificial.
- Laboratorio de capacitación espermática.

#### Hospital Comarcal do Barco de Valdeorras:

- Estudo básico da esterilidade.

#### Hospital Comarcal Fundación de Verín:

- Estudo básico da esterilidade.
- Medidas correctoras.
- Estimulación ovárica.
- Indución ovárica.
- Inseminación artificial.

#### Hospital do Salnés:

- Estudo básico da esterilidade.

#### Hospital Comarcal Virxe da Xunqueira (Cee):

- Estudo básico da esterilidade.

#### Hospital Comarcal da Costa-Burela:

- Estudo básico da esterilidade.

### 4.3.4. Interrupcións voluntarias do embarazo

Oferta de servizos no sistema sanitario público de Galicia:

**Área sanitaria da Coruña:** oferta a súa poboación de referencia, ata a semana 11 realízanse no centro concertado FAOS da Coruña, dende a semana 12 ata o límite legal, 22 semanas, son asumidos polo Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Dende a semana 12 a 14 no centro Abente y Lago e a partir desta no Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera.

**Área sanitaria de Ferrol:** oferta a súa poboación de referencia, ata a semana 11 realízanse no centro concertado FAOS da Coruña, dende a semana 12 ata o límite legal, 22 semanas, son derivados, por medio da Dirección Provincial, á Clínica Isadora en Madrid.

**Área sanitaria de Santiago de Compostela:** dende o COF tramitan a documentación á Dirección Provincial da Coruña, ata a 12 semana de xestación derívanse á Clínica FAOS e a partir desta ata ao máximo legal remítense á Clínica Isadora en Madrid.

**Área sanitaria de Lugo:** a poboación de referencia é remitida á Clínica FAOS, na Coruña, ata a semana 11 de xestación, dende esta ata o límite legal as pacientes son enviadas á Clínica Isadora en Madrid.

**Área sanitaria de Ourense:** o Complexo Hospitalario de Ourense ofértalles á súa poboación de referencia e á de Pontevedra a realización das IVEs en todas as idades de xestación ata o límite da lei.

**Área sanitaria de Vigo:** o Complexo Hospitalario Universitario de Vigo ofértalle á súa poboación de referencia a realización das Interrupcións Legais do Embarazo en todas as idades de xestación ata o límite da lei.

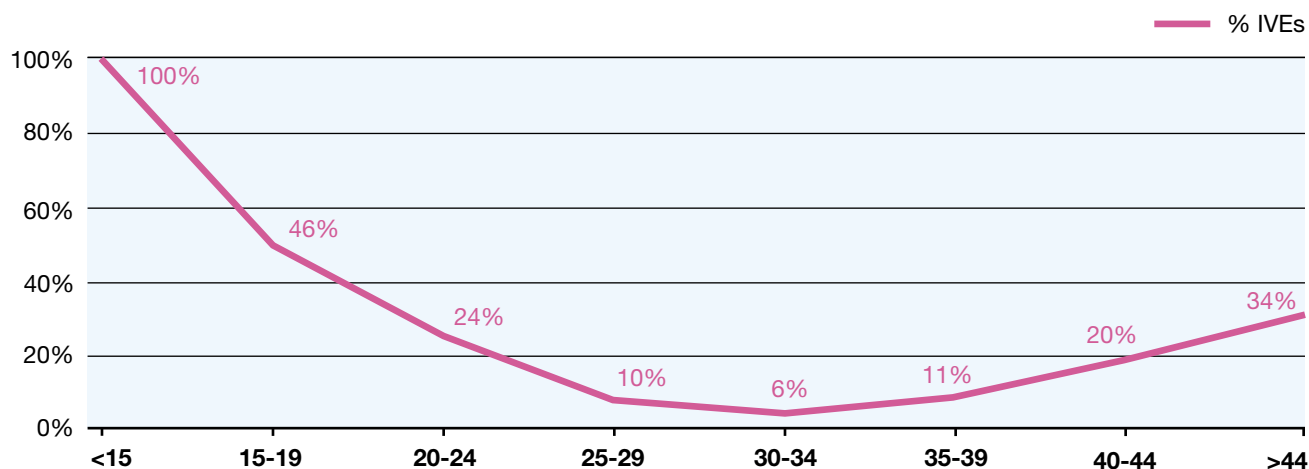
**Área sanitaria de Pontevedra:** os ILEs da poboación da súa área son asumidos polo Complexo Hospitalario de Ourense, derívanse a este centro por medio da Inspección Médica.

As interrupcións voluntarias do embarazo realizadas en centros financiados pola Consellería de Sanidade supuxeron, ao longo do 2005, 3.123 episodios, o que supón unha taxa total de IVEs do 12,83, fronte unha taxa por mil mulleres de 15 a 24 anos, do 6,13.

O 45% das IVE realizadas en Galicia foron en menores de 25 anos e o 12% en menores de 18. O 41,36% das IVEs non acudiran a un centro ou servizo sanitario para o control de métodos anticonceptivos durante os dous últimos anos.

En menores de 20 anos, preto do 50% dos embarazos terminan en abortos.

Gráfico 26. Percentaxe IVEs sobre nacidos vivos+IVEs



Fonte: Elaboración propia. Datos: CMBD. Consellería de Sanidade. Galicia. 2005

#### 4.3.5. Detección precoz de cancro de mama

A Consellería de Sanidade, en colaboración coa Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), puxo en marcha en 1992 o Programa galego de detección precoz de cancro de mama. Dende daquela, o programa foise estendendo ata cubrir no ano 1998 o 100% da poboación obxectivo. O obxectivo xeral do programa é reducir a mortalidade por cancro de mama nas mulleres de 50 a 64 anos da nosa comunidade, nunha porcentaxe do 25% aos seis anos da implantación completa do programa. No ano 2005 comezou a ampliación paulatina do grupo de idade ata os 69 anos, ampliación que rematará no 2009.

Coa implantación do programa na nosa comunidade conseguíuse acadar unha situación similar á da poboación española. Nunha enquisa realizada en España no ano 2003, o 87,8% das mulleres españolas con idade comprendida entre os 50 e os 64 anos realizaron algunha mamografía previa e destas, o 93,3% fixérona nos últimos tres anos. Os datos de Galicia indican que estas porcentaxes son as seguintes: o 94,5% das mulleres dese grupo de idade realizaron unha mamografía previa e destas, o 95,9% realizárona nos últimos tres anos.

#### Resultados do programa

Como estándares de referencia neste documento utilizamos os indicadores propostos pola European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 3<sup>th</sup> edition, do Programa Europa contra o cancro. Considérase primeira rolda a primeira exploración de cribado que realiza unha muller dentro do noso programa, con independencia da campaña na que a muller é examinada e independentemente de previas invitacións ou recor-

datorios, e roldas sucesivas todas as exploracións de cribado sucesivas, realizadas no programa, despois dunha exploración inicial, independentemente da campaña.

A taxa de participación global dende o comezo do programa é de 73,97%, o que a sitúa en niveis aceptables de participación (>70%), cada ano invítanse a participar no programa máis de 100.000 mulleres galegas e realízanse máis de 90.000 exploracións mamográficas.

**Táboa 19. Comparación dos resultados do PGDPCM cos estándares propostos por Europa contra o cancro en primeira rolda no período 1992-2003**

	Aceptable	Desexable	PGDPCM
% Valoración clínica adicional	<7	<5	6,62
Taxa detección por mil mulleres exploradas*	4,2	>4,2	4,34
Razón biopsias cirúrxicas benignas/malignas	≤1:1	≤0,5:1	1,75
Cancros sen afectación ganglionar	70	>70	70,46
Estadio II+	25	<25	42,25

**Táboa 20. Comparación dos resultados do PGDPCM cos estándares propostos por Europa contra o cancro en roldas sucesivas no período 1992-2003**

	Aceptable	Desexable	PGDPCM
% Valoración clínica adicional	<5	<3	2,07
Taxa detección por mil mulleres exploradas*	2,1	>2,1	2,89
Razón biopsias cirúrxicas benignas/malignas	≤1:1	≤0,2:1	0,83
Cancros sen afectación ganglionar	75	>75	77,20
Estadio II+	20	<20	34,58

**Táboa 21. Tempos entre procesos segundo o período. Anos 1992-2003**

	Mediana en días observada							Obxectivo
	1992-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Mediana entre exploración e resultado	8	11	15	13	8	6	6	15
Mediana entre exploración e cita hospital	27	29	35	28	26	27	28	30
Mediana entre diagnóstico e tratamento	28	24,5	20	27,5	22	22	26	21

**Táboa 22. Custos do Programa de cancro de mama, acumulados ata decembro do 2005**

	Custos totais acumulados	% custo
Investimento	2.735.021,54 euros	11
Mantemento	10.231.311,86 euros	40
Persoal	12.320.597,39 euros	49
<b>Total</b>	<b>25.286.930,92 euros</b>	<b>100%</b>

Custo acumulado por muller explorada 30,81 euros

A maioría dos indicadores do Programa galego de cancro de mama cumpren os estándares europeos. Existen oportunidades de mellora nos tempos ata o tratamento, na participación e nalgúns outros estándares europeos nos que non se acadou a cifra desexable.

No ano 2003 empezouse un estudo dos casos novos de cancro de mama nos hospitais do Servizo Galego de Saúde, que permitirá sistematizar a análise dos cancros de intervalo, e facilitará o control de calidade do programa. Neste momento, dispoñemos de datos preliminares correspondentes ao período 1996-2000. A incidencia de cancros de intervalo foi de 6,6 casos por 10.000 mulleres cribadas nos 24 meses seguintes á exploración, sendo a incidencia proporcional nos once primeiros meses de 12,9% (estándar desexable <30%) e de 34,3% nos 12-23 meses seguintes (estándar desexable <50%).

Nos últimos datos actualizados dos que dispoñemos constátase unha redución do 18,8% de mortes observadas con respecto á mortalidade esperada por esta causa no grupo de idade de 50 a 64 anos e para o período 1998-2002.

Realizouse tamén no 2005 un informe sobre a supervivencia das mulleres diagnosticadas polo PGDPCM de 1993 ao 2002 no que se conclúe que a supervivencia das mulleres diagnosticadas polo programa é nitidamente superior á das mulleres diagnosticadas con cancro de intervalo e á das mulleres diagnosticadas fóra do programa, diferenza que se concreta nun risco de falecer por cancro de mama de, respectivamente, 2,8 (IC95%: 1,9 a 4,1) e 3,1 (IC95%: 2,3 a 4,1) veces inferior aos 9 anos de seguimento.

### 4.3.6. Atención ao embarazo e parto

A porcentaxe de partos normais mantívose practicamente constante nos últimos 10 anos, como se amosa na seguinte gráfica.

Gráfico 27. % partos normais e distócicos

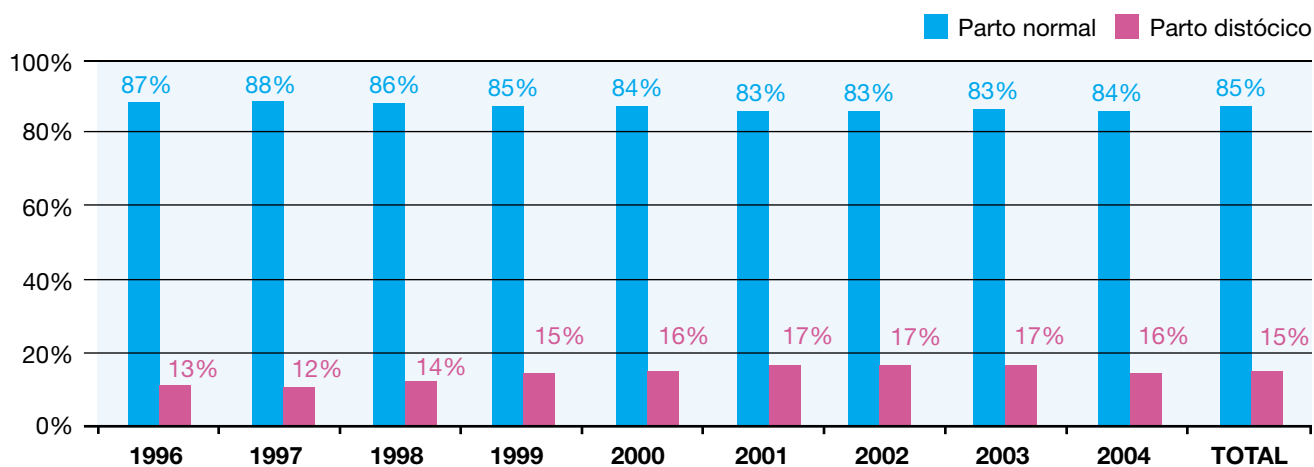
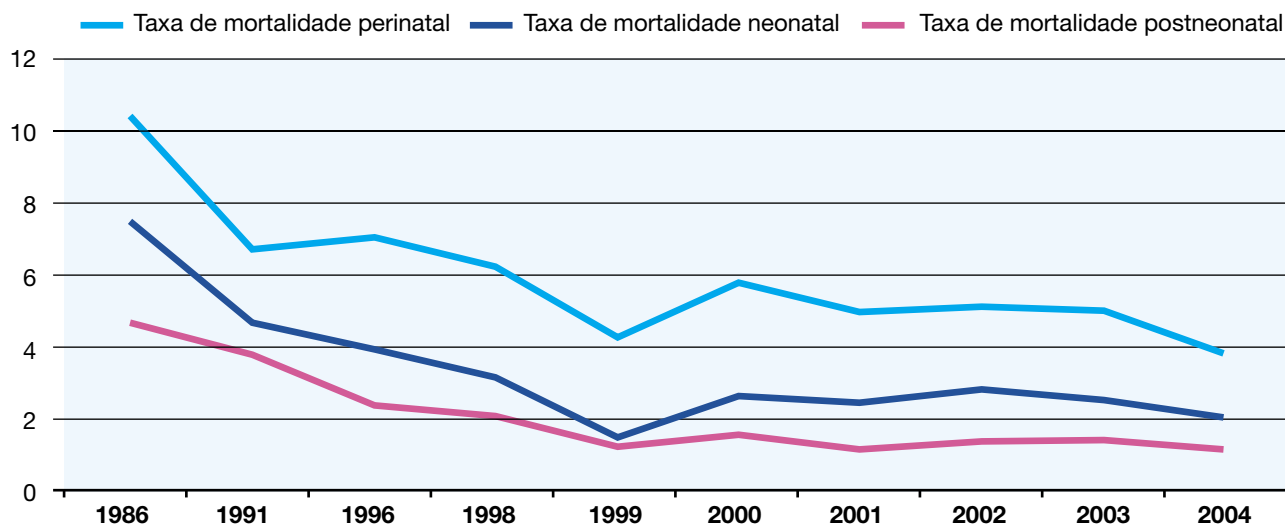


Gráfico 28. Mortalidade perinatal, neonatal e postneonatal en Galicia



A mortalidade perinatal, neonatal e postnatal proporcionan información sobre resultados destes procesos e, como pode observarse na gráfica 28, en Galicia teñen unha tendencia descendente e atópanse por debaixo das estatais.

A avaliación da porcentaxe de partos con anestesia epidural amosa unha clara tendencia ao seu aumento, pero identifícanse importantes diferenzas nos distintos hospitais do sistema sanitario público de Galicia.

Gráfico 29. % partos con epidural nos hospitais de área (comparación xan-ago 05 con xan-ago 06)

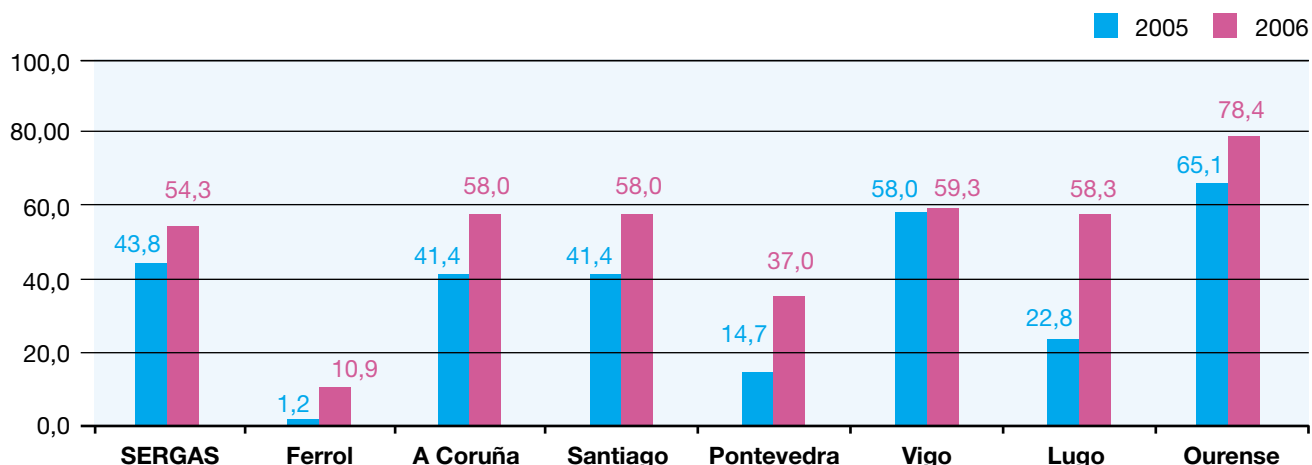
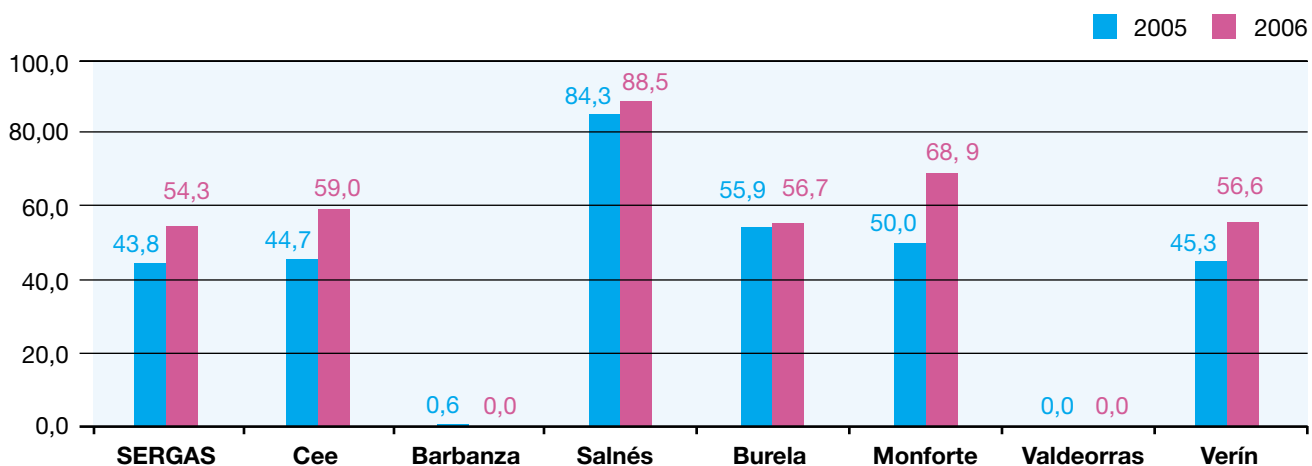


Gráfico 30. % partos con epidural nos hospitais comarcais (comparación xan-ago 05 con xan-ago 06)



O número de cesáreas que se están a facer no sistema público está en continuo aumento e alonxándose dos estándares internacionais, ademais obsérvanse unhas importantes diferenzas entre hospitais, como pode observarse na seguinte gráfica.

Gráfico 31. Taxa de cesárea nos hospitais de área

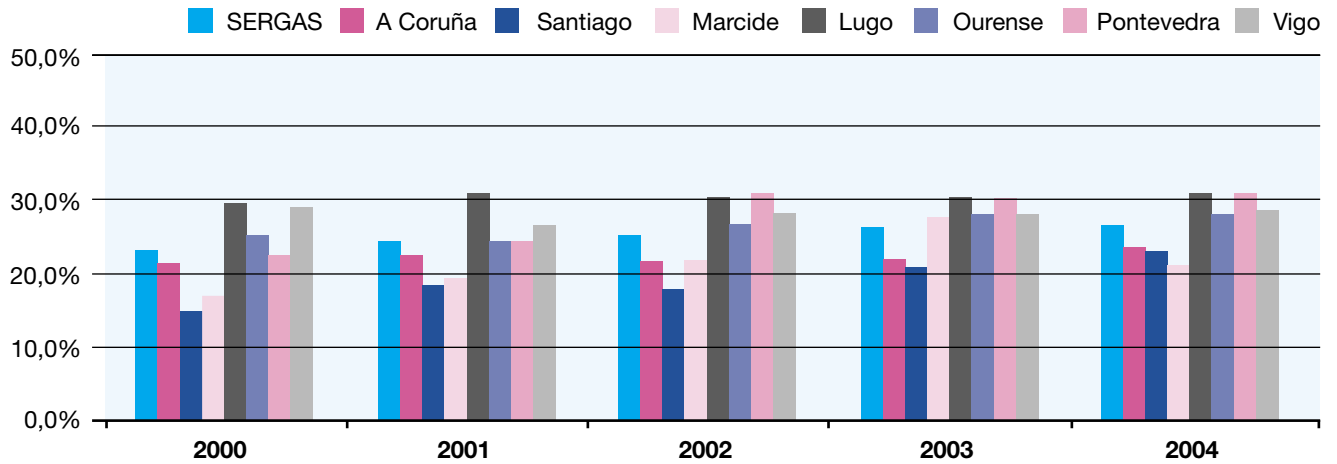
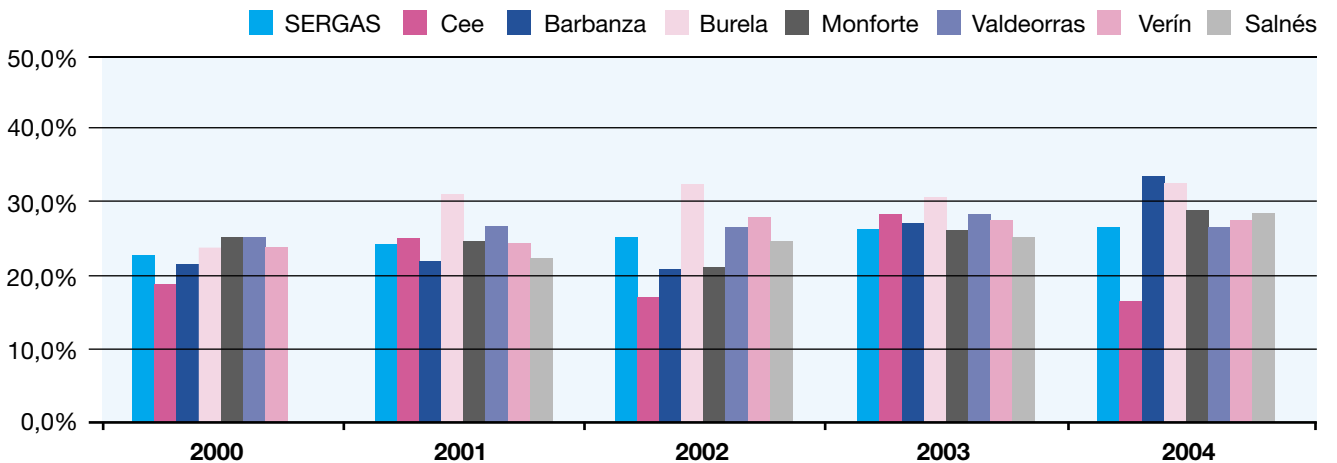


Gráfico 32. Taxa de cesárea nos hospitais comarcais





## 4.4. A MULLER TRABALLADORA NO SISTEMA SANITARIO DE GALICIA

### 4.4.1. Mulleres no sistema sanitario público

Os datos que se expoñen a continuación presentan o grande peso que teñen as mulleres dentro do sistema sanitario público de Galicia.

**Táboa 23. Nº e % mulleres Consellería de Sanidade e Servizo Galego de Saúde (servizos centrais e periféricos)**

Titulación académica	Nº mulleres	Total	% mulleres s/ total
Licenciados/as	383	742	51,62%
Diplomados/as	91	123	73,98%
Bacharelato F.P. II	120	176	68,18%
Graduado escolar F.P. I	330	419	78,76%
Certificado escolaridade	31	72	43,06%
<b>Total</b>	<b>955</b>	<b>1.532</b>	<b>62,34%</b>

Datos a 03/11/2006 (calquera vínculo)

**Táboa 24. Nº e % mulleres por estamento nas II.SS. do Servizo Galego de Saúde**

Estamento	Nº mulleres	Total	% mulleres s/ total
Directivo	69	135	51,11%
Facultativo	3.761	7.884	47,70%
Sanitario non facultativo	14.830	16.610	89,28%
Non sanitario	5.758	8.996	64,01%
<b>Total</b>	<b>24.418</b>	<b>33.625</b>	<b>72,62%</b>

Datos a 03/11/2006 (calquera vínculo)

Facendo unha análise por idade atópase que en menores de 35 anos a porcentaxe de mulleres ascende a 81% e en menores de 26 anos ata o 89%, visualizándose unha clara feminización do sistema sanitario público.

**Táboa 25. Nº e % mulleres en xefaturas de servizo nas II.SS. do Servizo Galego de Saúde**

Nº mulleres	Total	% mulleres s/ total
66	337	19,58%

Datos a 03/11/2006 (calquera vínculo)

Táboa 26. Nº de matronas e distribución xeográfica

Provincia	Nº mulleres	% s/ total
A coruña	139	40,17%
Lugo	36	10,40%
Ourense	69	19,94%
Pontevedra	102	29,48%
Total	346	100,00%

Datos a 03/11/2006 (calquera vínculo)

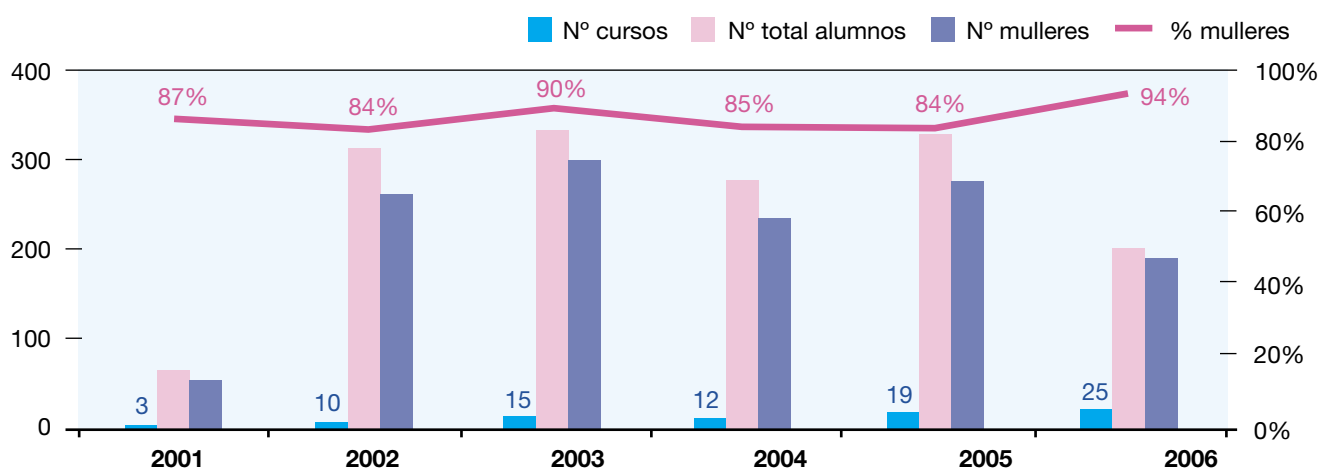
Baixas por maternidade nas II.SS do Servizo Galego de Saúde(03/11/2005-03/11/2006): **648**

#### 4.4.2. Formación no sistema sanitario público

Na análise da formación ofertada e realizada dende o ano 2001 pola Fundación Pública Escola Galega de Administración Pública (FEGAS) obsérvase que o 70% dos participantes (46.900) nos 3.200 cursos realizados foron mulleres.

Respecto aos cursos organizados sobre servizos sanitarios para as mulleres pode observarse na seguinte gráfica un importante aumento destes nos últimos anos, e tamén que os alumnos son na súa maioría mulleres (un 87%).

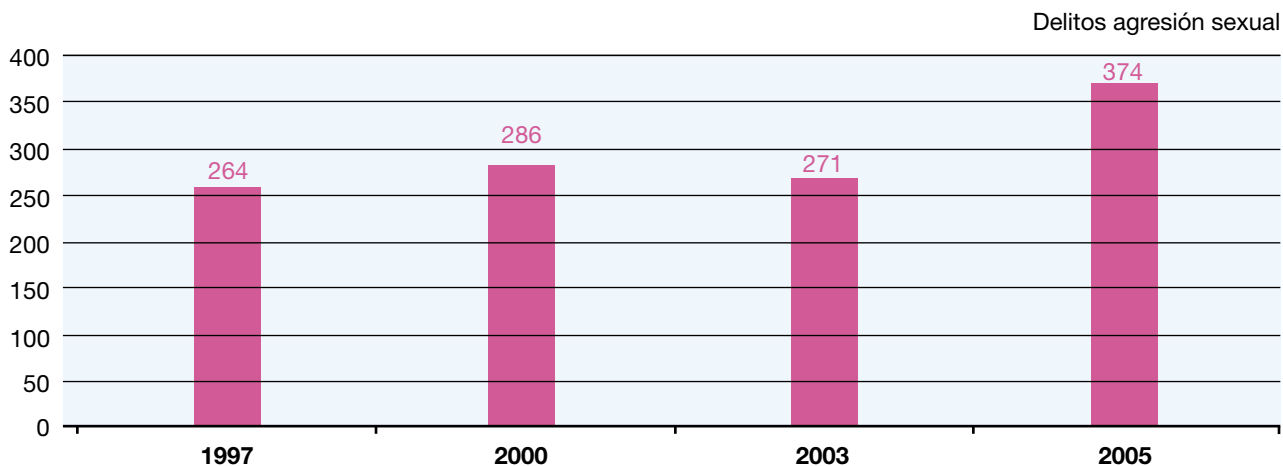
Gráfico 33. Cursos relacionados con servizos sanitarios para mulleres



## 4.5. VIOLENCIA DE XÉNERO

En Galicia, o número de delitos coñecidos por abuso, acoso e agresión sexual, incrementáronse nun 30% nos últimos anos.

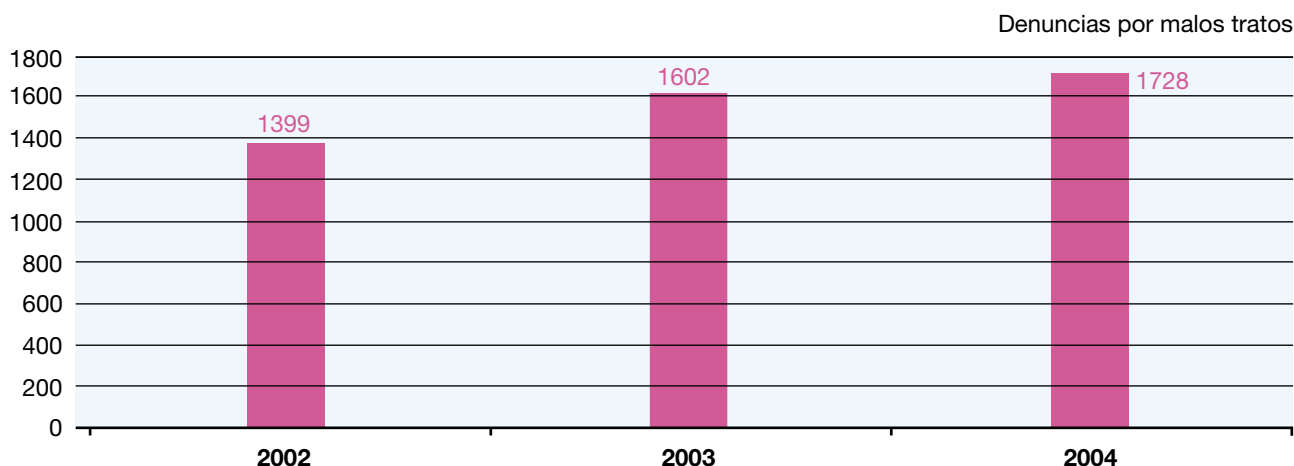
Gráfico 34. Evolución dos delitos coñecidos de abuso, acoso e agresión sexual en Galicia



Fonte: Elaboración propia. Datos: Estadísticas. Instituto de la Mujer. 2006

O número de denuncias presentadas por mulleres na C.A. de Galicia por malos tratos producidos pola parella ou ex-parella, incrementáronse nos últimos dous anos nun 38%, aínda que segue por debaixo da media nacional.

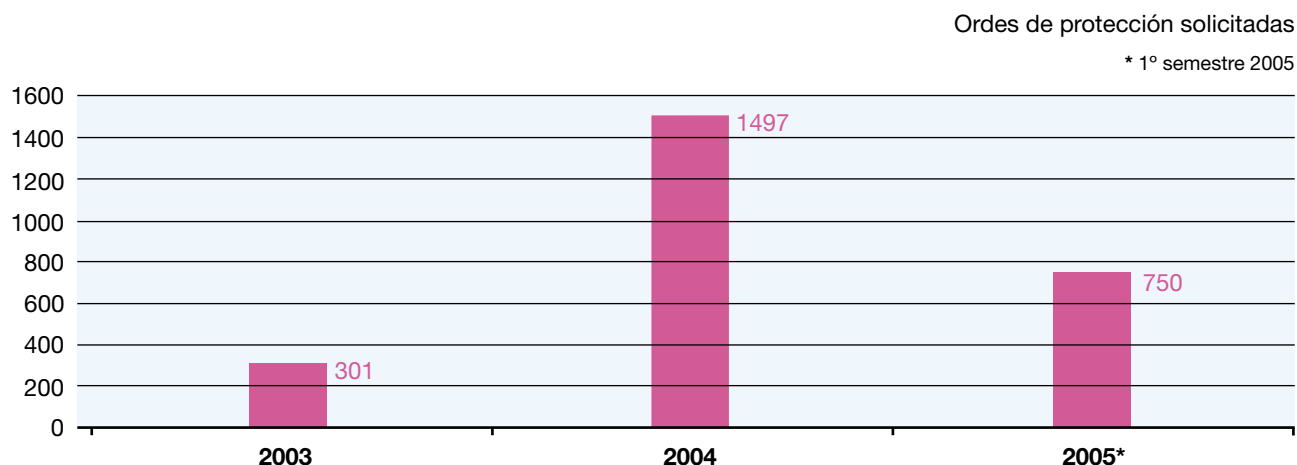
Gráfico 35. Denuncias por malos tratos producidos por parella ou ex-parella por millón de mulleres en Galicia



Fonte: Elaboración propia. Datos: Estadísticas. Instituto de la Mujer. 2006

En Galicia só o 8% das denuncias foron presentadas por mulleres estranxeiras, mentres que no Estado chegouse ao 24%, aínda que en Ourense chégase ao 19% e en Lugo ao 13%.

Gráfico 36. Ordes de protección solicitadas por mulleres en Galicia



Fonte: Elaboración propia. Datos: Estadísticas. Instituto de la Mujer. 2006

## 4.6. CONCLUSIONES

1. No tramo de idade de 65 a 75 anos as mulleres representan o 61% da poboación galega total e na franxa de maiores de 80 anos, a poboación feminina duplica en número á masculina. As proxeccións de poboación indican que nos próximos anos o número de mulleres en idade fértil (15-45 anos) e menores de 15 diminuirá, e aumentará sobre todo o grupo de idade de máis de 65 anos. Estas proxeccións deberán terse en conta na planificación do tipo de servizos que se necesitarán.
2. A idade da maternidade en Galicia aumentou e a idade media actual das nais é de 31 anos, o que implicará novas adaptacións nos servizos de atención ao embarazo e parto.
3. A situación socioeconómica (condicionante principal do estado de saúde e de accesibilidade aos servizos sanitarios) das mulleres é peor cá dos homes debido á menor contía económica das pensións, unha meirande taxa de paro, unha menor taxa de ocupación e un salario un 27% inferior ao dos homes.

4. As mulleres novas teñen máis nivel de estudos universitarios cós homes pero nas poboacións de persoas maiores é o contrario, as mulleres teñen menos nivel de estudos e. O 72% das mulleres galegas traballan no sector servizos. Estas situacións deberán terse en conta para establecer as características da oferta de determinados servizos.
5. As mulleres son o colectivo que atende as persoas dependentes, o que provoca que as mulleres teñan máis estrés "dos cuidadores". En Galicia, a porcentaxe de persoas que atenden a dependentes acada o 13,2%, cifra que no caso das mulleres chega ao 16,5%. Esta condición deberá ser tida en conta para a oferta de servizos de atención á saúde mental.
6. En Galicia a esperanza de vida é de 83,90 anos, pero a esperanza de vida libre de discapacidade para as mulleres sitúase en só 68 anos; polo que unha parte importante do tempo de vida gañado asóciase á discapacidade.
7. As mulleres teñen peor percepción sobre a súa saúde cós homes.
8. As mulleres novas teñen maior hábito tabáquico cós homes e esta é unha tendencia en aumento, o mesmo ocorre co consumo de alcohol en adolescentes e a falta de actividade física en todos os tramos de idade.
9. O número de mulleres en situación menopáusica aumentará nos próximos anos motivado por un aumento da esperanza de vida. Máis dun 50% destas mulleres non ten información sobre a menopausa coa que poida desenvolver mellor a súa vida cotiá.
10. A porcentaxe de nenos/as que foron alimentados unicamente ao peito ata o 6 meses (recomendación da OMS, UNICEF) non supera o 15% e máis dun 35% nunca tiveron lactación materna.
11. As mulleres galegas empregan menos métodos anticonceptivos có resto de España e a taxa galega de utilización da anticoncepción de urxencia por mil mulleres, de entre os 15 e os 24 anos, é do 138,06; mentres a media estatal é de 117,38. En menores de 20 anos, preto do 50% dos embarazos terminan en abortos, aínda que a taxa de interrupcións voluntarias en Galicia está por debaixo da media estatal. Estes datos implican a necesidade de actuacións específicas sobre este aspecto.

12. Con respecto ás patoloxías polas que máis consultan en atención primaria as mulleres encóntranse as enfermidades respiratorias, as infeccións urinarias e dores musculares de lombo. En atención especializada, ademais das relacionadas co parto, encóntranse as intervencións sobre cancro de útero e anexos, recambios de cadeira e a insuficiencia cardíaca.
13. As mulleres padecen máis prevalencia de certas enfermidades cós homes como a hipertensión, enfermidades musculoesqueléticas, trastornos tiroideos e outras patoloxías.
14. O perfil de enfermidades mentais nas mulleres é moi diferente ao dos homes, e predominan a depresión e a ansiedade. O sistema sanitario deberá establecer servizos que poidan responder a estas características específicas das mulleres.
15. As principais causas de mortalidade que máis anos descuentan á esperanza de vida son o cancro de mama, o cancro de pulmón, o cancro de ovario, o cancro de colon e o infarto de miocardio.
16. A satisfacción cos servizos sanitarios é menor no caso da muller. Por outra banda, a muller utiliza máis os servizos sanitarios de Atención Primaria e menos o resto dos servizos. En xeral, a percepción da muller respecto á información que lle dan é menor que no caso dos homes.
17. En canto a reprodución humana asistida ofertada polo sistema sanitario público, existe unha gran diferenza de oferta nas distintas zonas xeográficas, ademais identifícase unha importante lista de espera tanto para estudo como para a fecundación in vitro.
18. O Programa de detección precoz de cancro de mama está obtendo uns moi bos resultados, pero sería necesario conseguir aumentar a taxa de participación ata superar o 75%, diminuír o tempo entre diagnóstico e tratamento. Os protocolos e o procedemento que se aplican nos casos detectados no programa deberían aplicarse a calquera caso detectado, xa que a supervivencia é diferente.
19. Na atención sanitaria ao parto, obsérvase unha elevada taxa de cesáreas que se realiza nos hospitais do sistema sanitario público galego en relación aos estándares internacionais, ademais detéctase unha gran variabilidade entre os distintos hospitais e un progresivo aumento en todo o sistema. Destaca por outra banda que, aínda que exis-

te unha importante cobertura de parto con anestesia epidural, existen aínda zonas nas que o acceso a este servizo non é óptimo.

- 20.** O 62% do persoal do Sistema Sanitario Público é muller. No Servizo Galego de Saúde esta cifra achégase ao 72% sendo o 51% dos cargos directivos mulleres, mentres que só un 20% das xefaturas de servizo están ocupadas por mulleres. Existe unha irregular distribución xeográfica das matronas.
- 21.** O 70% dos participantes nos 3.200 cursos organizados pola Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS) nos últimos anos, foron mulleres. Nos cursos específicos sobre servizos para as mulleres só un 13% foron homes.
- 22.** En Galicia, o número de delitos coñecidos por abuso, acoso e agresión sexual incrementouse nun 30% nos últimos anos. O número de denuncias presentadas por mulleres na C.A. de Galicia por malos tratos producidos pola parella ou ex-parella, incrementouse nos últimos dous anos nun 38%, aínda que segue por debaixo da media nacional. Estes números deberán ser tidos en conta á hora de atender sanitariamente a estas mulleres.

## **5. PRESENTACIÓNS E REUNIÓNS DA CONSELLERÍA**





## 5. PRESENTACIÓNS E REUNIÓNS DA CONSELLERÍA

Desde o inicio do desenvolvemento do Plan aplicáronse os criterios de máxima participación e transparencia, pero ademais, e debido á importancia do Plan, implicouse aos máximos responsables da consellería en achegarse ás mulleres e escoitalas. Neste labor houbo unha implicación directa e un compromiso persoal da conselleira.

A conselleira animou a participar ás mulleres de 7 cidades galegas (Ferrol, A Coruña, Lugo, Ourense, Pontevedra, Vigo, Santiago). Presentou o proxecto e conversou con máis de 500 mulleres e homes. A riqueza das achegas traducíuse en propostas e accións concretas.

Realizáronse diferentes reunións con diferentes colectivos, nas que a conselleira recollía as súas opinións e consellos.

Todas e cada unha das presentacións e reunións foron claves para o desenvolvemento deste Plan, proporcionando tanto a experiencia profesional de cada persoa como a súa visión persoal e social das necesidades ás que debía responder o Plan de Atención Integral á Saúde da Muller.

### Presentacións e reunións





## **6. MESAS DE DEBATE**



## 6. MESAS DE DEBATE

### MESA 1

#### SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA. EMBARAZO, PARTO E PUERPERIO. MENOPAUSA



#### SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Data: 16 novembro 2006.
- Lugar: Casa de Europa. Finca de Vista Alegre, Salvadas s/n.
- Hora: 10:00 h.

#### PARTICIPANTES

- 1 PAULA LÓPEZ BALDOMIR  
*Asociación Galega de Planificación Familiar*
- 2 RAFAELA DOPAZO RODRÍGUEZ  
*Sociedade Galega de Contracepción  
COF Santiago de Compostela*
- 3 MARISOL INSUA MARTÍNEZ  
*Programa Joven de la FPFE, Federación de  
Planificación Familiar de España*
- 4 M<sup>a</sup> JESÚS SÁNCHEZ VALIÑO  
*Asociación de Matronas*
- 5 CELSA PERDIZ ÁLVAREZ  
*Traballadora Social COF Ourense  
Centro de Planificación Familiar Novoa Santos*
- 6 M<sup>a</sup> JESÚS DÍAZ ANCA  
*Psicóloga Centro de Planificación Familiar Coruña  
Centro de Planificación Familiar Municipal-Servizo Galego  
de Saúde*
- 7 M<sup>a</sup> DOLORES MARTÍNEZ ROMERO  
*Asociación MAMOA  
Centro de Saúde de Melide*
- 8 M<sup>a</sup> DOLORES ESTÉVEZ RODAL  
*Presidenta Asociación "Nove Ondas"*
- 9 JAVIER MARTÍNEZ PÉREZ - MENDAÑA  
*Presidente da Sociedade Galega de Xinecoloxía  
e Obstetricia. Xefe Servizo Ferrol*
- 10 HERMINIA RAMIL PERNAS  
*Representante de enfermería de Atención Primaria  
Centro de Saúde Elviña-Mesoiro*
- 11 ANA ZAMORA CASAL  
*Sociedade Galega de Medicina de Familia  
e Comunitaria*
- 12 M<sup>a</sup> JESÚS CRUCES ARTERO  
*Médica de Familia  
Centro de Saúde de Fontiñas*
- 13 SUSANA BLANCO PÉREZ  
*Xinecóloga CHOU*
- 14 ISABEL BLANCO DOMÍNGUEZ  
*ADSPG  
Secretaría de Xinecoloxía  
Hospital Xeral-Cies*
- 15 DOMINGO VÁZQUEZ LOBEIRO  
*Xefe da Unidade de Reproducción Asistida Vigo*
- 16 ISABEL GRAÑA GARRIDO  
*Xefa de Sección de Calidade e Programas  
División de Asistencia Sanitaria  
Consellería de Sanidade*

## CONTIDOS [MESA 1]

### Servizo de consulta de anticoncepción

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Diminución da variabilidade da prestación do servizo e mellora da prestación do propio servizo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de protocolos e programa específico. Aplicar protocolos existentes. Definir os protocolos consensuados con perspectiva de xénero non só incluíndo aspectos biolóxicos.</li> <li>• Formación dos profesionais.</li> <li>• Mellora da confidencialidade.</li> <li>• Darlles prioridade aos obxectivos nos centros.</li> </ul>
Definición clara das vías de acceso a este servizo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sanitario actuando fóra do centro de saúde, presentándose nou- tros ámbitos (utilización dos medios de comunicación).</li> <li>• Información á poboación sobre educación afectivo-sexual con cen- tros e lugares para a prestación destes servizos.</li> </ul>
Estratexias específicas de captación de usuarias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especial actuación no control dos 14 anos dentro do programa de saúde do neno san.</li> <li>• Programas de educación afectivo-sexual na escola ou para colecti- vos especiais.</li> <li>• Incluír nos protocolos de atención a grupos de risco (diabéticas...).</li> </ul>
Aumentar dentro da cobertura pública máis métodos anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluír medicamentos excluídos</li> </ul>
Mellora da accesibilidade á con- sulta (sobre todo no medio rural).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a accesibilidade con espazos propios e horarios adaptados.</li> <li>• Tempos de demora curtos.</li> <li>• Máis recursos.</li> <li>• Utilización de todos os recursos dispoñibles (matronas, enfermería).</li> </ul>
Mellorar a atención a colectivos especialmente vulnerables (emigración, prostitución...).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratexias especiais para colectivos especialmente vulnerables (emigración, prostitución...).</li> </ul>

## Servizo de Interrupción legal e voluntaria do embarazo

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Aumentar a accesibilidade e diminuír os desequilibrios territoriais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xeneralizar o servizo dentro do Sistema Público (e sobre todo o suposto psicolóxico).</li> <li>• Non ter que desprazarse fóra da Comunidade Autónoma.</li> <li>• Utilizar todos os recursos dispoñibles en Galicia.</li> <li>• Respetar a obxección de conciencia dos profesionais, pero o sistema debe dar resposta.</li> </ul>
Garantir unha prestación de calidade en calquera tipo de centro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato humanizado, medios e ambiente adecuado.</li> <li>• Garantir tempos específicos de derivación e os sistemas de derivación.</li> <li>• Non só información senón "counseling".</li> <li>• Consulta pre e post imprescindibles.</li> <li>• Sen presións de ningún tipo.</li> <li>• Formación dos profesionais.</li> <li>• Aumentar os aspectos de confidencialidade.</li> </ul>
Mellorar a información sobre o tema nos profesionais do sistema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a información a profesionais.</li> <li>• Formación aos profesionais.</li> </ul>
Mellorar o sistema de acceso ao servizo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir circuitos en todas as áreas de saúde.</li> </ul>
Clarificar os orzamentos legais actuais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propoñer unha lei de aborto (baseada en prazos).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mellora da identificación das malformacións fetais.</li> </ul>



## CONTIDOS [MESA 1]

### Servizo de consulta prexestacional

Oportunidade de mellora	Requirimentos	Estándares/ indicadores
Aumentar a captación de usuarias con necesidade do servizo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar calquera consulta nas mulleres en idade reprodutiva en atención primaria.</li> <li>• Campaña informativa ás mulleres sobre a oferta deste servizo.</li> <li>• Realizar este tipo de captación na consulta de anticoncepción e nas de control xinecolóxico, dándolles información.</li> </ul>	
Mellorar derivación a consello xenético e consulta de reprodución asistida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mellorar os circuitos de derivación para consello xenético e reprodución asistida.</li> <li>• Informar os profesionais dos distintos circuitos existentes.</li> </ul>	
Calidade do servizo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar factores de risco e proporcionar a información específica.</li> <li>• Establecemento dun protocolo consensuado e de rexistros específicos.</li> <li>• Información ás usuarias (folleto informativo específico).</li> <li>• Utilización de técnicas de grupo.</li> </ul>	A SEGO ten publicado un protocolo.

## Servizo de reprodución asistida

Oportunidade de mellora	Requirimentos	Estándares/ indicadores
Aumentar a captación de posibles usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preguntar en atención primaria. Preguntas que se poden utilizar: se leva máis dun ano de relacións sen embarazo e se é menor de 40 anos.</li> </ul>	
Diminuír a variabilidade na prestación do servizo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecemento de protocolos para todo o sistema e guías de actuación (idade, número de ciclos...).</li> </ul>	Recomendacións SEF e criterios do grupo de traballo de SNS.
Mellorar a accesibilidade ao servizo e diminuír os desequilibrios territoriais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminuír os tempos de acceso.</li> <li>Establecer mellor os circuítos de derivación.</li> <li>Definir os criterios de acceso ao servizo.</li> </ul>	
Mellora da calidade do servizo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoio á creación do rexistro nacional de doadores e gametos.</li> <li>Rexistro de actividade dos centros de reprodución humana asistida (apoio administrativo).</li> <li>Tempos máximo de espera.</li> <li>Apoio psicosocial ás parellas.</li> <li>Información sobre adopción.</li> </ul>	
Aumentar a captación de doadores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a persoas con perfil de doadores.</li> <li>Estruturar todo o sistema autonómico.</li> </ul>	

## CONTIDOS [MESA 1]

---

### Servizo de control e seguimento do embarazo

Oportunidade de mellora	Requisitos
Calidade do servizo.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar a participación da muller.</li><li>• Protocolos comúns. Unificar os criterios e a mellora da continuidade asistencial entre atención primaria e especializada.</li><li>• Garantir a educación maternal (incluír información sobre apoios socioeconómicos, promoción lactación materna).</li><li>• Mellorar o trato e as instalacións para este tipo de servizo.</li><li>• Incluír datos sociais na historia do embarazo.</li></ul>
Accesibilidade e diminución das desigualdades territoriais.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protocolos comúns. Unificación de criterios.</li><li>• Ofertar o servizo de forma máis accesible.</li></ul>
Mellorar a continuidade asistencial entre niveis.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Garantir a derivación dende calquera profesional.</li><li>• Protocolos comúns e básicos. Unificación de criterios.</li><li>• Mellorar a comunicación entre niveis.</li><li>• Consultor especialista.</li><li>• Reunións entre os profesionais dos distintos niveis.</li></ul>
Diminuír a percepción da sociedade e da muller do embarazo como enfermidade.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formación dos profesionais.</li><li>• Información institucional ás mulleres e á sociedade.</li><li>• Transmitir que é un proceso fisiolóxico e que os resultados son bos.</li></ul>

---

## Servizo de atención ao parto

Oportunidade de mellora	Requirimentos	Estándares/ indicadores
Mellora de humanización no parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalacións especiais. (Dilatación individual).</li> <li>• Ofertas sistemáticas diferentes (posición, rasurado, enema, episiotomía...)</li> <li>• Decisión informada da muller (consentimento informado).</li> <li>• Suficientes recursos.</li> <li>• Revisión de protocolos.</li> <li>• Trato adecuado, actitude.</li> <li>• A muller poida coñecer as instalacións.</li> </ul>	Declaración de Fortaleza e guía OMS parto normal.
Mellora da calidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a información (plans de atención ao parto).</li> <li>• Oferta de diferentes opcións. Parto domicilio, casas de parto, hospital. (Criterios de opcións).</li> <li>• Formación dos profesionais.</li> </ul>	
Revisión da carteira de servizos (parto en domicilio).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análises da demanda.</li> </ul>	

## CONTIDOS [MESA 1]

### Servizo de puerperio e lactación materna

Oportunidade de mellora	Requisitos
Promover educación sanitaria e seguimento posparto. Visitas a domicilio da matrona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuír o desequilibrio territorial.</li> <li>• Coordinación primaria-hospital.</li> <li>• Revisión informe de alta.</li> <li>• Ter presente a anticoncepción no puerperio.</li> <li>• Protocolización.</li> </ul>
Programa da muller.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mellorar a información á muller.</li> <li>• Protocolizar o proceso completo.</li> </ul>
Alta precoz.	
Apoio en depresións posparto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio psicolóxico.</li> <li>• Protocolización.</li> </ul>
Promover grupos de crianza.	
Campañas divulgativas para a poboación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluír información dos grupos de crianza.</li> <li>• Visualizar as vantaxes da lactación materna.</li> <li>• Estender os extractores de leite.</li> </ul>
Información aos profesionais sobre tema lactación.	
Educación sanitaria no embarazo sobre lactación materna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a existencia de bancos de leite nos hospitais públicos.</li> </ul>
Mellorar as instalacións nos centros sanitarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalacións para dar de mamar e cambiar cueiros.</li> </ul>

## Servizo de atención á muller climatérica

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Definilo como proceso fisiolóxico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación, divulgación.</li> <li>• Non unidades de climaterio.</li> </ul>
Definir os criterios para tratamentos.	
Incluír en programa de atención á muller sa a atención climatérica.	
Grupos de apoio e orientación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación dos profesionais en técnicas de grupo.</li> </ul>

## Servizo de educación e atención afectivo-sexual

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Mellorar a calidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatez, accesibilidade.</li> <li>• Formación dos profesionais.</li> <li>• Creación de protocolos de atención.</li> </ul>
Mellorar a cantidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de espazos adecuados para a xuventude.</li> <li>• Grupos de traballo e informativos.</li> <li>• Horarios específicos.</li> </ul>
Programas na escola.	
Coordinación con centros doutras consellerías (xuventude).	
Comunicar outro modelo de relación sexual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non xerar patoloxías inexistentes.</li> </ul>
Posibilidade de COF como centro de referencia para primaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación básica en primaria para posible derivación.</li> <li>• Preguntas específicas sobre o tema en primaria.</li> </ul>

## MESA 2

### PROMOCIÓN DE HÁBITOS SAUDABLES. TABACO, ALCOHOL, OUTRAS DROGAS, ALIMENTACIÓN E ACTIVIDADE FÍSICA



#### SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Data: 16 novembro 2006.
- Lugar: Casa de Europa. Finca de Vista Alegre Salvadas s/n.
- Hora: 16:00 h.

#### PARTICIPANTES

- 1 PILAR BERMEJO**  
*Psicóloga Clínica de UMAD Santiago  
Unidade Municipal de Atención á Drogodependencia*
- 2 MARIANA TALLÓN GARRIDO**  
*Presidenta Asociación de Anorexia y Bulimia Coruña. ASABAC*
- 3 TERESA LORD RODRÍGUEZ**  
*Asociación Compostelana de Diabéticos.  
Centro Sociocultural de Vite*
- 4 JUAN REDONDO ABELEDA**  
*(Programas de Educación y Promoción de la Salud - Cruz Roja). Cruz Roja, Oficina Central*
- 5 ÁNGELES LORENZO LAGO**  
*Unidade de Tratamentos de Alcoholismo CHUS.  
Unidade de Psiquiatría*
- 6 OLGA PATIÑO DOVAL**  
*Federación de AMPAS*
- 7 JOSÉ MANUEL RECOUSO RAMOS**  
*Asociación Galega de Ludópatas Rehabilitadas*
- 8 ELVIRA RIVAS ERGUETE**
- 9 ORLANDO BLANCO IGLESIAS**  
*Licenciado en Educación Física, Maxisterio e Fisioterapia. Servizo de Estilos de Vida Saudables e Educación para a Saúde.  
Consellería de Sanidade*
- 10 M<sup>a</sup> ROSA ÁLVAREZ PRADA**  
*Colexio de Psicólogos de Galicia*
- 11 ISABEL GONZÁLEZ LADO**  
*Psiquiatra Unidade de Trastornos da Alimentación CHUS.  
Hospital Médico Quirúrxico de Conxo*
- 12 M<sup>a</sup> JOSÉ VELEIRO TENREIRO**  
*Sociedade Galega de Medicina de Familia e Comunitaria.  
Centro de Saúde do Ventorrillo*
- 13 CARMEN MENDEZ PAZOS**  
*Directora Escuela Universitaria de Enfermería.  
E.U. Enfermería Juan Canalejo*
- 14 ELISARDO BECOÑA IGLESIAS**  
*Unidade de Tabaquismo Facultade Psicoloxía USC.  
Catedrático Psicoloxía Clínica*
- 15 MANUEL AMIGO QUINTANA**  
*Subdirector Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudables.  
Dirección Xeral de Saúde Pública*

## CONTIDOS [MESA 2]

### Programas de prevención de drogadicción (tabaco, alcohol, psicofármacos, outras drogas)

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Continuidade dos programas durante suficiente tempo para conseguir impacto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar actividades puntuais.</li> <li>• Financiamento de programas (&gt;1 ano).</li> </ul>
Mellorar os sistemas de avaliación dos programas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiar os programas avaliábeis.</li> <li>• Incluír indicadores de xénero.</li> </ul>
Aumentar a accesibilidade de todos os escolares aos programas de prevención de drogodependencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máis recursos.</li> <li>• Incluír profesionais sanitarios nos centros educativos.</li> <li>• Aumentar a coordinación Educación-Sanidade.</li> </ul>
Mellora dos programas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación por pares.</li> <li>• Incluír linguaxe non sexista nos propios programas.</li> <li>• Integrar os distintos programas que actúan sobre a escola.</li> <li>• Programas enfocados ás familias.</li> <li>• Aumentar a coordinación Sanidade-Servizos Sociais.</li> </ul>
Mellorar o acceso ás familias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter presentes as cuestións culturais das minorías étnicas e inmigrantes á hora de establecer programas de prevención.</li> </ul>
Mellorar a coordinación dos diferentes esforzos e recursos dedicados ao tema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación precoz de problemas relacionados con drogas en atención primaria.</li> </ul>
Inclusión de perspectiva de xénero nos programas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervencións específicas en alcoholismo para mulleres no ámbito rural.</li> <li>• A muller como principal cuidadora no fogar.</li> <li>• Informar sobre os distintos efectos das drogas, nos programas de prevención universal.</li> <li>• Si incluír programas específicos en grupos de risco (consumo de psicofármacos).</li> <li>• Programas específicos baseados na visión do propio cuidado das adolescentes.</li> </ul>



## CONTIDOS [MESA 2]

---

### Programas de promoción de alimentación saudable

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Intervencións específicas.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover o aumento do consumo de calcio na muller menopáusica.</li><li>• Mellorar a revisión da alimentación dentro do programa do neno san en atención primaria.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención á utilización da muller cuidadora como mediadora e xestionadora de alimentación nos fogares, pois pode aumentar a discriminación.</li></ul>

---

### Programas de promoción da actividade física

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Intervencións específicas.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Espazos e ferramentas que poidan usar elas mesmas.</li><li>• Necesítanse amplitudes de horario maiores dos servizos que se prestan.</li><li>• Programas especiais para o medio rural.</li><li>• Incluír o compoñente lúdico nas actividades ofertadas.</li><li>• Conseguir a continuidade na oferta das actividades.</li><li>• Ofertar actividades de grupo, familia.</li><li>• Débese crear o hábito dende o inicio.</li><li>• Normalizar a actividade física na sociedade.</li><li>• Formación dos profesionais en perspectiva de xénero.</li></ul>

---

## Programas de prevención de trastornos alimenticios

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Aumentar accesibilidade a unidades específicas de trastornos da alimentación e eliminar desequilibrios territoriais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear unidades en cada área.</li> </ul>
Mellorar a coordinación e a acción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración dun plan específico.</li> <li>• Aumentar a información sobre o tema.</li> </ul>
Implantar programas, só programas que sexan eficaces.	
Aumentar o apoio aos pais de pacientes con estas patoloxías.	
Mellorar a información que se traslada aos adolescentes.	
Mellorar a cualificación das unidades de saúde mental para tratar este problema.	
Intervencións específicas de prevención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolas de pais nos concellos.</li> <li>• Actuacións dentro do ámbito laboral.</li> <li>• Utilización de medios de comunicación.</li> <li>• Creación de videoxogos.</li> <li>• Revistas para adolescentes.</li> </ul>

## MESA 3

### MELLORA DOS SERVIZOS ASISTENCIAIS CON ORIENTACIÓN DE XÉNERO



#### SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Data: 22 novembro 2006.
- Lugar: Casa de Europa. Finca de Vista Alegre, Salvadas s/n.
- Hora: 10:00 h.

#### PARTICIPANTES

- 1 MAR DE LA PEÑA CRISTIÁ**  
*Subdirectora de Enfermería para o Plan de Humanización do CHUVI.  
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo-CHUVI*
- 2 ANA CANCELO VAQUERO**  
*Directora Casa de Acogida de la Mujer - A Coruña.  
Asistente Social*
- 3 MARÍA JOSÉ CASTRO**  
*Traballadora Social.  
Casa da Muller Concello de Lugo*
- 4 CONCHA PÁRAMO FERNÁNDEZ**  
*Facultativa Especialista en Endocrinoloxía*
- 5 REYES LUNA CANO**  
*Endocrinóloga. Experta de diabete xestacional.  
Servizo Endocrino Hospital Xeral*
- 6 LUIS FERRER i BALSEBRE**  
*Xefe de Servizo de Psiquiatría.  
Complexo Hospitalario Juan Canalejo - OZA*
- 7 PASTORA CODESIDO BARREIRO**  
*Especialista en Xinecoloxía e Obstetricia.  
Hospital Materno Infantil Teresa Herrera*
- 8 JAVIER DE TORO SANTOS**  
*Comisión de Docencia Hospital Juan Canalejo.  
Especialista en Reumatoloxía.  
Complexo Hospitalario Juan Canalejo - Hospital Materno Infantil*
- 9 ANA Mª MÍGUEZ VIGO**  
*Presidenta Alecrín (Grupo de Estudos sobre a Condición da Muller)*
- 10 CARMEN LÓPEZ RODRÍGUEZ**  
*Psicóloga - Asociación Coruñesa de Esclerosis Múltiple.  
Centro Municipal Asociativo de Enfermos Crónicos "Domingo García Sabell"*
- 11 ROSARIO ARIAS CASTELLS**  
*Servizo de Neumología.  
Hospital Clínico*
- 12 MILAGROS PEDREIRA PÉREZ**  
*Servizo de Cardiología.  
Hospital Clínico*
- 13 Mª CARMEN VIDAL PAN**  
*Servizo de Alergoloxía.  
Hospital de Conxo*
- 14 ANA CLAVERÍA FONTÁN**  
*Xefa de Servizo de Calidade e Programas Asistenciais.  
División de Asistencia Sanitaria.  
Consellería de Sanidade*
- 15 ISABEL GRAÑA GARRIDO**  
*Xefa de Sección de Calidade e Programas  
División de Asistencia Sanitaria  
Consellería de Sanidade*

## CONTIDOS [MESA 3]

### Servizo de cuestións transversais

Fases		Oportunidades de mellora	
Información	Mellorar os formatos e medios de comunicación. Optimizar a información que se está realizando.	Elaboración dun decálogo para a saúde da muller no Plan (con temas moi concretos). Por cada unha das patoloxías de máis impacto na muller.	Coidar na información sobre enfermidades o impacto de sobrecarga no sistema. O exceso de información pode producir angustia.
Xestión de citas Derivacións	Mellorar os protocolos de derivación a especialista.	Volante único para evitar tempos de demora.	Xerar a cartilla de tratamento para pacientes.
Esperas	Diminuír tempos de demora diagnóstica e tratamento.	Crear consultas de alta resolución. Consultas de liña quente.	Aumentar consultas de enfermería e acceso telefónico a consultas.
Consulta diagnóstica e tratamento	Mensaxes, información específica para mulleres.	Atención a quen se dirixe a mensaxe de coidador e a mensaxe de enfermidade.	Mellora dos horarios das consultas.
	Ter en conta no tratamento os desexos ou intencións da muller sobre a súa maternidade.	Relanzar os centros de planificación como centros de atención integral e multiprofesional.	Integración de recursos existentes do sistema.
Outros	Inclusión na formación pre e posgrao da perspectiva de xénero.	Formación con perspectiva de xénero aos profesionais do sistema, incluíndo outros profesionais fóra do sistema.	Aumentar a monitorización de calidade con variable xénero.

## CONTIDOS [MESA 3]

### Servizo de enfermidades endocrinolóxicas

Fases		Oportunidades de mellora	
Información			
Xestión de citas			
Derivacións			
Esperas	Deseño nas salas de espera para carriños de nenos e necesidades de nenos.		
Consulta diagnóstica e tratamento	Actualizar os protocolos institucionais de control e seguimento da diabetes xestacional.	Establecer consultas unificadas endocrinoloxía + xinecoloxía (vías clínicas).	Consulta preconcepcional nas pacientes diabéticas e con patoloxías de tiroides.
Probas complem.			
Consulta tto.			
Hospitaliz.			
Cirurxía			
Outros			

## Servizo de cardiovasculares

Fases	Oportunidades de mellora	
Información	Aumentar a percepción nas mulleres do risco cardiovascular.	
Xestión de citas		
Esperas		
Consulta diagnóstica		
Probos complem.	Calquera estudo de tempo.	
Consulta tto.	Formación a profesionais sobre manifestacións sintomatolóxicas na isquemia cardíaca en mulleres.	Adiantar o diagnóstico da patoloxía cardíaca nas mulleres.
Hospitaliz.		
	Incluír paridade nos estudos de investigación.	

## CONTIDOS [MESA 3]

### Servizo de reumatolóxicas

Fases		Oportunidades de mellora	
Información			
Xestión de citas			
Esperas			
Consulta diagnóstica	Existencia de lugares (baño) para cambiarse.	Mellorar a dispoñibilidade de batas.	Aumentar os horarios de prestación de servizos.
Probas complem.			
Consulta tto.	Aumentar os recursos de terapia ocupacional en reumatoloxía.	Atención aos consellos para patoloxías específicas en relación con outras patoloxías da persoa. Tratar o paciente.	
Hospitaliz.			
Cirurxía			

## Servizo de enfermidades mentais

Fases		Oportunidades de mellora	
Información			
Xestión de citas			
Esperas			
Consulta diagnóstica	Formación en perspectiva de xénero (violencia xénero, acoso xénero...) en profesionais de saúde mental.	Mellorar o tempo de atención na consulta.	
Probas complem.			
Consulta tto.	Programas específicos de saúde mental para mulleres vítimas de violencia de xénero.	Elaboración de programas piloto de unidades específicas de atención á saúde mental para mulleres.	Incorporar máis modalidades de intervención no sistema público (pares, familias...).
Hospitaliz.			



**CONTIDOS [MESA 3]****Servizo de vítimas de violencia de xénero**

Fases		Oportunidades de mellora	
Varios	Protocolos, procedementos e fluxos específicos para mulleres prostituídas. Extensión a toda Galicia.	Información para rapazas sobre violencia de xénero.	
Xestión de citas			
Esperas			
Consulta diagnóstica	Protocolos específicos para a atención integral á violencia de xénero.	Formación continua, para detección precoz de violencia.	Atención ás consultas por "depresión" APS que oculta violencia e que apoian a conduta do maltratador.
	Procedementos para facilitar e axilizar informes sanitarios ás afectadas.	Incorporar información específica sobre o tema nos rexistros médicos.	Conseguir introducir preguntas de cribado, máis tempo para consulta.
Consulta tto.	Elementos preventivos gratuitos para mulleres prostituídas.	Formación continua, en equipos de urxencia, para atención á violencia de xénero.	Posibilidade de pedir que se sexa atendida por profesionais mulleres.
Hospitaliz.			
Outros	Crear foros profesionais e intercambio de experiencias.		

## Servizo de enfermidades alérxicas

Fases	Oportunidades de mellora	
Información		
Xestión de citas		
Esperas		
Consulta diagnóstica	Formas de compatibilizar as consultas de alta resolución (bastante tempo) coa dispoñibilidade de tempos.	Dar preferencia ás mulleres para elección do tramo horario de cita.
Probas complem.		
Consulta tto.		
Hospitaliz.		
Outros		

## CONTIDOS [MESA 3]

### Servizo de enfermidades pneumolóxicas

Fases	Oportunidades de mellora	
Información	Revisar a información sobre a prevalencia de EPOC e trastornos do sono en mulleres.	
Xestión de citas		
Esperas		
Consulta diagnóstica		
Probas complem.	Aumentar as consultas de enfermería.	
Consulta tto.	Empezar a difundir o coñecemento sobre o distinto comportamento dos pulmóns segundo sexo. Con alta influencia hormonal.	Aumentar a formación.
Hospitaliz.	Aumentar a investigación sobre os novos aspectos de influencia do sexo no comportamento pulmonar.	
Cirurxía		

## MESA 4

### PARTICIPACIÓN DA MULLER NO SISTEMA SANITARIO DE GALICIA



#### SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Data: 22 novembro 2006.
- Lugar: Casa de Europa. Finca de Vista Alegre, Salvadas s/n.
- Hora: 16:00 h.

#### PARTICIPANTES

- MARTA LOIS GONZÁLEZ**  
*Profesora da Facultade de Ciencias Políticas de USC*
- ISABEL DIZ OTERO**  
*Profesora da Facultad de Ciencias Políticas de USC*
- ANDRÉS CERNADAS**  
*Profesor da Facultad de Ciencias Políticas de USC*
- REYES PÉREZ FERNÁNDEZ**  
*Membro do Consello Asesor de Saúde*
- MARGARITA ARANDIA GARCÍA**  
*Medicina Familiar e Comunitaria*
- M<sup>a</sup> JOSÉ FERNÁNDEZ CERVERA**  
*Portavoz Plataforma Sociosanitaria de Santiago*
- M<sup>a</sup> JESÚS MÉNDEZ CONDE**  
*Xinecóloga, Centro Especialidades Lugo. Plataforma Sanitaria de Lugo*
- GUADALUPE RODRÍGUEZ SILVA**  
*Asociación de Mulleres Progresistas Pro-iguandade ALBA. Directora Centro Sociocultural Fontiñas*
- MARÍA DEBÉN ALFONSO**  
*Delegada da Consellería de Traballo A Coruña*
- MARISA RODRÍGUEZ VÁZQUEZ**  
*Representante UGT*
- PILAR LÓPEZ MERA**  
*Sección Sindical SAE Hospital Xeral Calde*
- MABEL PÉREZ SIMAL**  
*Responsable Secretaría Muller Sindicato CCOO - Galicia*
- CARMEN ALVARGONZÁLEZ UCHA**  
*Representante Sindicato de Enfermería SATSE*
- INÉS LÓPEZ CARRAL**  
*Secretaria Xeral do Sindicato CSI-CSIF Galicia. Matrona Hospital Juan Canalejo*
- GUADALUPE PÉREZ - LA FUENTE LEIRO**  
*Representante CESM*
- ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ**  
*Xerente Procesos Área Sanitaria de Ferrol. Hospital Arquitecto Marcide*
- BELÉN BUGALLO**  
*Federación Galega de Mulleres Rurais (FEGAMUR)*
- CRISTINA BLANCO ARAGÓN**  
*Xefa de Servizo de Planificación de Procesos de Selección e Provisión. Dirección Xeral de Recursos Humanos e Desenvolvemento Profesional*

## CONTIDOS [MESA 4]

### Participación das usuarias

Oportunidade de mellora	Intervencións ou acción
<p>Conseguir que a muller usuaria-cidadá (tome conciencia) se sinta con dereito á participación no sistema sanitario.</p> <p>A participación conseguirá que o sistema se sinta como algo propio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar a información da existencia do dereito.</li> </ul>
<p>Aumentar o número e tipos de canles de participación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consellos de saúde municipais.</li> <li>• Revisar as experiencias e mecanismos que foron utilizados.</li> <li>• Utilización de novas tecnoloxías.</li> <li>• Incluír as asociacións no Servizo Galego de Saúde.</li> </ul>
<p>Facer crible a participación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseguir que a participación que se estea realizando sexa asumida polos dirixentes políticos.</li> </ul>
<p>Participar no deseño dos programas e servizos. Participación na avaliación dos programas e servizos. Participación en dar prioridade aos orzamentos. Participación na implantación de programas.</p>	
<p>Facilitar ou crear canles de participación para a non asociada.</p> <p>Implantando sistemas de participación individual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mellorar os sistemas de suxestións e reclamacións eficaces.</li> <li>• Enquisas de satisfacción dos servizos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar cos movementos asociativos das mulleres.</li> <li>• Creación dun consello de participación das mulleres no que se inclúen os movementos asociativos (nova lei da Consellería de Traballo).</li> </ul>

## Participación das traballadoras

Oportunidade de mellora	Intervencións ou acción
Poñer en marcha o Plan Concilia dentro do Sistema Sanitario de Galicia.	
Revisar apartados da nova Lei da Consellería de Traballo (modifica a Lei de función pública e a de igualdade de Galicia).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No Consello Galego de Relacións Laborais introdúcese un consello consultivo de traballadores.</li> <li>• Créase unha unidade de igualdade dentro da consellería.</li> <li>• Establecemento de sistemas de cotas establecido polo Parlamento.</li> <li>• Establécese que en todos os consellos de participación obrigarase a que un % estea cuberto por mulleres.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter en conta nos horarios de oferta de cursos, os horarios de dispoñibilidade de tempos das mulleres.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas de garderías e centros de día para maiores nos centros de traballo ou mellor en lugares próximos ao traballo Servizo Galego de Saúde.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilidade horaria.</li> </ul>
Acoso laboral por condición de xénero.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de atención á familia.</li> </ul>

## MESA 5

### PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ PARA AS MULLERES. ENFERMIDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

---



#### SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Data: 12 decembro 2006.
- Lugar: Casa de Europa. Finca de Vista Alegre, Salvadas s/n.
- Hora: 10:00 h.

#### PARTICIPANTES

---

- 1 TERESA QUEIRO VERDES**  
*Axencia de Avaliación de Tecnoloxías.  
Servizo de Desenvolvemento de Sistemas  
de Avaliación Técnico Sanitarias*
- 2 RAFAEL LÓPEZ LÓPEZ**  
*Servizo Oncoloxía CHUS.  
Hospital Clínico*
- 3 LUZ MARÍA HERNÁNDEZ**  
*Presidenta da Asociación Contra o Cáncer*
- 4 CARMEN MONTERO MARTÍNEZ**  
*Neumóloga. Servizo de Neumoloxía.  
Hospital Juan Canalejo*
- 5 M<sup>a</sup> PAZ SANTIAGO FREIJANES**  
*Anatomía Patolóxica.  
Hospital Xeral Vigo. Servizo Anatomía Patolóxica*
- 6 JOSÉ RUIZ FONTÁN**  
*Xefe do Servizo de Radiodiagnóstico.  
Coordinador da Unidade de Lectura do Cáncer  
de mama nº 2. Redactor do protocolo de lesións  
non palpables de mama.  
Servizo de Radioloxía. Hospital Montecelo*
- 7 M<sup>a</sup> CELIA MIRALLES ÁLVAREZ**  
*Médica Interna.  
Unidade SIDA do Servizo Medicina Interna.  
Hospital Xeral Vigo*
- 8 JULIA GALLEGOS PITA**  
*Matrona. Centro de Saúde de Carral*
- 9 CECILIA NERI CRESPO**  
*Coordinadora do Centro Xove de Saúde  
Sexual Alecrín*
- 10 INMACULADA IGLESIAS BALEATO**  
*Vocal da Muller.  
Comité Galego Antisida*
- 11 M<sup>a</sup> JESÚS FREIRÍA TATO**  
*Médica de Atención Primaria.  
Centro de Saúde de Noia.  
Vicepresidenta SENFYC*
- 12 ÁNGEL DE LA ORDEN FRUTOS**  
*Xinecólogo da SEGO.  
Xefe Servizo Xinecoloxía Hospital Meixoeiro*
- 13 CARLOTA LOURIDO CASTIÑEIRAS**  
*Técnica de Radioloxía  
Unidade Central de A Coruña de Cáncer de Mama*
- 14 MANUEL MACÍA CORTIÑAS**  
*Xinecólogo.  
Hospital Clínico Universitario de Santiago.  
Membro do Comité de Mama*
- 15 ISaura GONZÁLEZ MARTÍNEZ**  
*Matrona do Centro de Saúde de Narón*
- 17 OLGA LÓPEZ ROCAMONDE**  
*Vocal - MATRONA.  
Colexio Oficial Enfermería Lugo*

## CONTIDOS [MESA 5]

### Servizo de detección precoz de cancro de mama

Oportunidade de mellora	Accións
Control de cribado encuberto que se está realizando no sistema. (Repercusión nos servizos de radioloxía e demoras importantes para patoloxías).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mellorar a coordinación entre primaria e especializada.</li> <li>• Proporcionar máis información sobre o programa de cancro de mama á atención primaria.</li> <li>• Homoxeneizar os criterios sobre os factores de risco para cancro de mama e difundir esa información aos profesionais.</li> <li>• Apoio institucional para garantir o cumprimento de criterios establecidos.</li> <li>• Educación continua aos profesionais (separando as cuestións de cribado da poboación dos criterios de diagnóstico e de tratamento.)</li> </ul>
Introdución no programa de tecnoloxía dixital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientacións para a adquisición de novos equipos.</li> </ul>
Homoxeneizar a atención das mulleres con alta probabilidade de cancro de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estender a todos os hospitais técnicas avanzadas para diagnóstico e tratamento.</li> <li>• Mellorar a información para fluxos a hospitais de referencia.</li> <li>• Potenciar as unidades funcionais e multidisciplinares de diagnóstico e tratamento dos hospitais para seguir a estas mulleres. Definir dotacións estándar.</li> <li>• Mellorar os fluxos de usuarias en todas as áreas.</li> <li>• Traballo por procesos e circuitos diferenciados.</li> <li>• Rexistro de cancro de mama.</li> </ul>
Mellorar a información e a educación para a saúde ás mulleres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non aconsellar a propia exploración mamaria.</li> <li>• Formación para o persoal de enfermería sobre os criterios para detección precoz.</li> <li>• Máis recursos para dar información e educación para a saúde ás mulleres. Aproveitamento de todos os recursos.</li> <li>• Documento divulgativo específico para as mulleres (tendo en conta o factor medo).</li> </ul>
Mellorar o diagnóstico e tratamento de cancro de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento e prevención do Linfedema.</li> <li>• Cirurxía reconstrutora de mama (sistemas de derivación).</li> <li>• Promover os grupos de autoaxuda.</li> <li>• Mellorar a información para axudarlle á paciente na súa toma de decisión.</li> </ul>
Programas específicos para mulleres de alto risco e con diagnóstico de cancro de mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir e consensuar a sistemática que se vai aplicar.</li> <li>• Difundir criterios para seguimento de mulleres con patoloxías benignas.</li> <li>• Crear consultas de alto risco.</li> </ul>



## CONTIDOS [MESA 5]

### Servizo de detección precoz do cancro de cérvix

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Crear un programa institucional poboacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realízalo a través de Atención Primaria.</li> <li>• Formación e adestramento para os profesionais que realicen as tomas.</li> <li>• Establecemento claro de consenso e criterios de coordinación entre primaria e especializada.</li> <li>• Aplicar as guías europeas sobre cancro de cérvix.</li> <li>• Trato e instalacións humanizados.</li> <li>• A citoloxía non é unha proba diagnóstica, é só un método de cribado.</li> <li>• Explicarlle á muller qué significa a proba que se lle realizou.</li> <li>• Rexistro de tumores.</li> </ul>
Mensaxes á poboación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar aval profesional (sociedades científicas).</li> <li>• Formación e coordinación dos profesionais dentro do sistema.</li> <li>• Campañas de información en medios de forma continuada.</li> </ul>
Aclarar o concepto de revisión xinecolóxica en muller asintomática.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiente a súa inclusión nos programas institucionais de cancro de mama e cérvix.</li> </ul>

### Servizo de detección precoz doutros cancros

Oportunidade de mellora	Requirimentos
Cancro de pulmón.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimento de estudos publicados sobre novas probas diagnósticas de detección precoz.</li> <li>• Parece que existe unha maior vulnerabilidade nas mulleres que nos homes. (Incluír en campañas de información).</li> </ul>
Mellorar a información sobre os cancros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rexistro de tumores.</li> </ul>

## Servizo de prevención, diagnóstico e tratamento das ITS

Oportunidade de mellora	Accións
Mellorar a información á poboación sobre riscos sobre todo na poboación adulta.	
Mellorar o diagnóstico precoz da infección VIH e resto ITS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obriga de proba VIH en mulleres embarazadas. Atención ao dereito de autonomía do paciente.</li> <li>• Formación continuada para poder identificar signos e síntomas asociados a infección VIH-SIDA.</li> </ul>
Mellorar a educación afectivo-sexual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención ás mensaxes á poboación xuvenil sobre a anticoncepción hormonal e a píldora do día despois que diminúen a utilización dos preservativos.</li> <li>• Aproveitar a indicación da anticoncepción hormonal e da píldora do día despois para realizar educación sexual.</li> <li>• Promover a dobre protección.</li> </ul>
VPH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non se aconsellan cribados de detección precoz de VPH por debaixo de 35 anos. Definir os criterios dentro do Programa Institucional de Detección Precoz de Cancro de Cérvix.</li> <li>• Estudiar e analizar os resultados sobre vacinacións xeneralizadas.</li> </ul>
Mellora do tratamento infectados VIH e afectados SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mellorar os fluxos para estes pacientes. Protocolos.</li> <li>• O seguimento destas patoloxías en unidades específicas monográficas.</li> <li>• Mellorar as instalacións destas unidades con diferentes unidades de apoio.</li> <li>• Mellorar a información aos propios pacientes VIH-SIDA sobre riscos de transmisión.</li> </ul>
Mellora de seguimento de tratamento de ITS.	

## MESA 6

### SISTEMAS DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CON PERSPECTIVA DE XÉNERO



#### SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Data: 12 decembro 2006.
- Lugar: Casa Europa. Finca de Vista Alegre, Salvadas s/n.
- Hora: 16:00 h.

#### PARTICIPANTES

- 1 MONTSERRAT NOGUEIRA**  
*Profesora de Bioquímica e Bioloxía Molecular.  
Coordinadora do Seminario "Muller e ciencia". USC*
- 2 EVA RODRÍGUEZ MÍGUEZ**  
*Profesora de Economía Aplicada.  
Universidade de Vigo*
- 3 TERESA CERDÁ MOTA**  
*Responsable da Axencia de Avaliación de  
Tecnoloxías Sanitarias.  
Sistemas de Avaliación Tecnolóxica.  
Consellería de Sanidade*
- 4 FRANCISCO BLANCO GARCÍA**  
*Coordinador de Investigación.  
Hospital Juan Canalejo*
- 5 CRISTINA JUSTO SUÁREZ**  
*Coordinadora do Máster de Igualdade.  
Universidade da Coruña*
- 6 ELADIO ANDIÓN CAMPOS**  
*Xefe do Servizo de Análise e Sistemas  
de Información. Consellería de Sanidade*
- 7 ÁNGEL CARRACEDO ÁLVAREZ**  
*Director da Fundación Pública  
de Medicina Xenómica.  
Instituto de Medicina Legal*
- 8 M<sup>a</sup> PAZ GARCÍA RUBIO**  
*Vicerrectora de Calidade e Planificación.  
Comisión de Calidade de Programas e Oficina  
de Igualdade de Xénero*
- 9 CARMEN NAVARRO FERNÁNDEZ**  
*Xefa do Servizo de Anatomía Patolóxica.  
Hospital Meixoeiro*
- 10 RITA RADL PHILIPP**  
*Directora de CIFEX (Centro Interdisciplinario  
de Investigación Feministas e de Estudos de Xénero).  
Directora do Máster "Educación de Xénero  
e Igualdade".  
Facultade de Ciencias da Educación da USC*
- 11 MARÍA ÁLVAREZ LIRES**  
*Profesora de Didáctica de Ciencias Experimentais.  
Directora do Centro de Formación e Recursos  
da Consellería de Educación. Xunta de Galicia*
- 12 ANA M<sup>a</sup> BERMEJO BARRERA**  
*Profesora Titular de Toxicoloxía.  
Instituto de Medicina Legal.  
Facultade de Medicina da USC*
- 13 PILAR GAYOSO DIZ**  
*Subdirectora Xeral de Docencia e Investigación  
Sanitaria*
- 14 MARÍA XOSÉ MÉNDEZ PIÑEIRO**  
*Médica internista do CHUVI*
- 15 MERCEDES ESPINOSA ARÉVALO**  
*Pediatra do Centro de Saúde Sardoma*
- 16 AGUSTÍN MONTES MARTÍNEZ**  
*Departamento de Epidemioloxía e Saúde Pública  
da USC*

## CONTIDOS [MESA 6]

### Investigación biosanitaria con perspectiva de xénero e da muller

Oportunidade de mellora	Accións concretas
Aumentar o apoio institucional á muller investigadora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar o xénero feminino como factor discriminante no apoio aos proxectos de investigación liderados por mulleres.</li> <li>• Apoios para a continuidade do labor investigador das mulleres para compatibilizar a súa vida persoal e familiar. (Apoios para cargas familiares).</li> <li>• Introducir a paridade nas comisións de avaliación dos proxectos de investigación.</li> <li>• Atención á precariedade dos contratos de investigación aos que son máis vulnerables as mulleres.</li> </ul>
Aumentar a visibilidade das mulleres dos equipos de investigación.	
Aumentar a investigación en xénero e das mulleres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocatorias específicas para investigación sanitaria en xénero e das mulleres.</li> <li>• Incluír como criterio de avaliación a perspectiva de xénero (mostras, análise...) vinculado á calidade do proxecto.</li> <li>• Promover/ obrigar a que os proxectos na área biomédica inclúan a variable sexo nos seus deseños e publicacións.</li> <li>• Liñas de investigación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidades.</li> <li>- Mulleres maiores.</li> <li>- Menopausa.</li> <li>- Parto.</li> <li>- Depresión (estrés de cuidador).</li> <li>- Saúde laboral.</li> <li>- Cualitativa sobre preferencias das mulleres.</li> </ul> </li> </ul>
Aumentar a participación de mulleres nos ensaios científicos.	
Promover ensaios clínicos nos que se investiguen problemas de saúde das mulleres e a conceptualización de enfermidade.	

## CONTIDOS [MESA 6]

---

### Sistemas de información con perspectiva de xénero e da muller

Oportunidade de mellora	Accións concretas
Mellorar a visualización da variable sexo nos datos sanitarios.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incluir a variable sexo na publicación de estatísticas do sistema sanitario.</li></ul>
Incorporar nova información nos sistemas de información sanitarios.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención sanitaria a mulleres vítimas de violencia.</li><li>• Recollida de variables sociosanitario que incorporan perspectiva de xénero.</li><li>• Enquisas de calidade sobre servizos para a muller.</li><li>• Volver a realizar unha nova enquisa da muller.</li><li>• Sistemas de información específicos que sigan e avalíen o impacto das medidas para as mulleres.</li><li>• Sistemas de información que permitan identificar desigualdades de saúde e desequilibrios sanitarios nas mulleres.</li></ul>
Mellorar a accesibilidade á información.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Poñer a disposición os datos de estudos realizados dentro da consellería.</li></ul>

---

## **7. PÁXINA WEB DE PARTICIPACIÓN**



## 7. PÁXINA WEB DE PARTICIPACIÓN

A Consellería de Sanidade presenta a páxina web "A saúde das mulleres" co obxectivo de ser unha canle continua de información e comunicación, unha canle aberta e participativa e un sistema de mellora continua de avaliación do Plan. Durante todo o periodo de elaboración do Plan, este elemento foi referencia de participación real e directa na definición dos proxectos de mellora que forman este Plan.

A partir da presentación do Plan, converterase nun elemento fundamental para a mellora continua e avaliación do avance do mesmo sempre promovendo os valores de "transparencia" e "máxima participación".

### A saúde das mulleres





## Documentos do plan

The screenshot shows a web browser window titled 'Plan da muller' with the URL <http://www.sergas.es/Muller/ListadoDocumentos.asp?IdSeccion=2>. The page header includes the logos for 'XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE' and 'SERGAS Servicio Galego de Saúde'. A banner features the text 'A saúde das mulleres' with images of women. The main content area is titled 'DOCUMENTOS' and lists the following items:

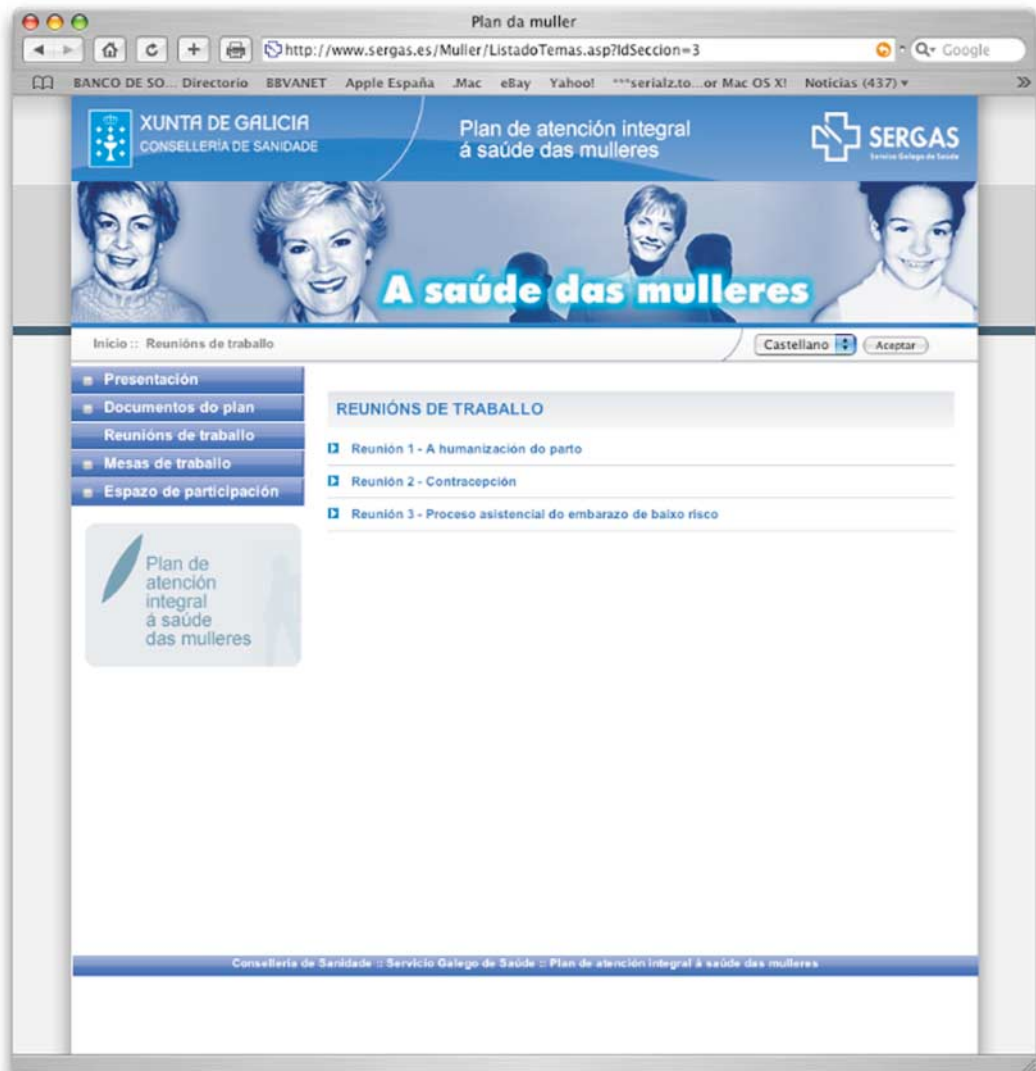
- Diagnóstico situación actual
- Presentación do plan (pdf)
- Presentación do plan (multimedia)
- Video de presentación do plan

A left sidebar contains a navigation menu with the following items:

- Presentación
- Documentos do plan
- Reunións de traballo
- Mesas de traballo
- Espazo de participación

At the bottom of the page, a footer reads: 'Consellería de Sanidade :: Servizo Galego de Saúde :: Plan de atención integral á saúde das mulleres'.

## Reunión de traballo



## Mesas de traballo

The screenshot shows a web browser window titled 'Plan da muller' with the URL 'http://www.sergas.es/Muller/ListadoTemas.asp?idSeccion=4'. The page header includes the logos for 'XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE' and 'SERGAS Servicio Galego de Saúde', along with the text 'Plan de atención integral á saúde das mulleres'. A banner image features four women's faces and the text 'A saúde das mulleres'. Below the banner, a navigation menu on the left lists: 'Presentación', 'Documentos do plan', 'Reunións de traballo', 'Mesas de traballo', and 'Espazo de participación'. The main content area is titled 'MESAS DE TRABALLO' and lists six topics, each with a small icon:

- Mesa I - Saúde Sexual e Reprodutiva. Embarazo, Parto e Puerperio. Menopausa.
- Mesa II - Promoción de Hábitos Saudables. Tabaco, Alcohol, Outras Drogas, Alimentación e Actividade Física.
- Mesa III - Mellora Dos Servizos Asistenciais Con Orientación De Xénero
- Mesa IV - Participación Da Muller No Sistema Sanitario De Galicia
- Mesa V - Programa de Diagnóstico Precoz para as Mulleres
- Mesa VI - Sistemas de Información e Investigación en Perspectiva de Xénero

At the bottom of the page, a footer contains the text: 'Concellaría de Sanidade :: Servicio Galego de Saúde :: Plan de atención integral á saúde das mulleres'.

## Espazo de participación

The screenshot shows a web browser window with the URL <http://www.sergas.es/Muller/ListadoTemas.asp?idSeccion=5>. The page header includes the logos for XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE and SERGAS (Servicio Galego de Saúde). The main banner features the text "A saúde das mulleres" and images of women. Below the banner, the page is titled "Inicio :: Espazo de participación" and includes a language selector set to "Castellano" and an "Aceptar" button. A navigation menu on the left lists: "Presentación", "Documentos do plan", "Reunións de traballo", "Mesas de traballo", and "Espazo de participación". The main content area is titled "ESPAZO DE PARTICIPACIÓN" and lists six forums:

- Foro I - Saúde Sexual e Reprodutiva. Embarazo, Parto e Puerperio. Menopausia
- Foro II - Promoción de Hábitos Saudables. Tabaco, Alcohol, Outras Drogas, Alimentación e Actividade Física
- Foro III - Mellora dos Servizos Asistenciais con Orientación de Xénero
- Foro IV - Participación da Muller no Sistema Sanitario de Galicia
- Foro V - Programa de Diagnóstico Precoz para as Mulleres
- Foro VI - Sistemas de Información e Investigación en Perspectiva de Xénero

At the bottom of the page, a footer reads: "Concellería de Sanidade :: Servicio Galego de Saúde :: Plan de atención integral á saúde das mulleres".

## Foro número 1

Plan da muller

http://www.sergas.es/Muller/VerTema.asp?IdSeccion=5&IdTema=20

BANCO DE SO... Directorio BBVANET Apple España .Mac eBay Yahoo! \*\*\*serialz.to...or Mac OS X! Noticias (412) Apple España (69) Amazon

XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE

Plan de atención integral á saúde das mulleres

SERGAS  
Servizo Galego de Saúde

A saúde das mulleres

Inicio :: Espazo de participación :: Foro I - Saúde Sexual e Reproductiva. Embarazo, Parto ...

Castellano Acceptar

- Presentación
- Documentos do plan
- Reunións de traballo
- Mesas de traballo
- Espazo de participación

Plan de atención integral á saúde das mulleres

### FORO I - SAÚDE SEXUAL E REPRODUCTIVA. EMBARAZO, PARTO E PUERPERIO. MENOPAUSIA

Contido

O Plan integral ten como un dos seus principais valores a participación efectiva e real da cidadanía, tanto na súa elaboración coma na súa implantación.

Con este fin ábrese este foro no que se poden volcar os diferentes puntos de vista ou diagnósticos sobre o tema, así como as diferentes suxestións de mellora que poidan ser tidas en conta ao elaborar e implantar o "Plan de Atención Integral de Saúde da Muller Galega".

Mensaxes

Novo tema

Xa era hora de que houbera un ...	10/11/2006 08:26
Espero que con este plan prome...	10/11/2006 15:43
Non vos esquezades da promoció...	16/11/2006 23:53
O puerperio, a lactancia mater...	17/11/2006 09:46
Xinecólogos, matronas, pediatr...	17/11/2006 10:25
Quiero esponer la necesidad de...	20/11/2006 12:36
Xenial ideal! Desexo que sexa ...	20/11/2006 13:33
felicidades polo interes deste...	21/11/2006 13:30
Me gustaria hacer hincapié en...	28/11/2006 15:36
os xovenes pedimos algunhas co...	28/11/2006 18:52
A diversidade nas actuacións e...	30/11/2006 12:13

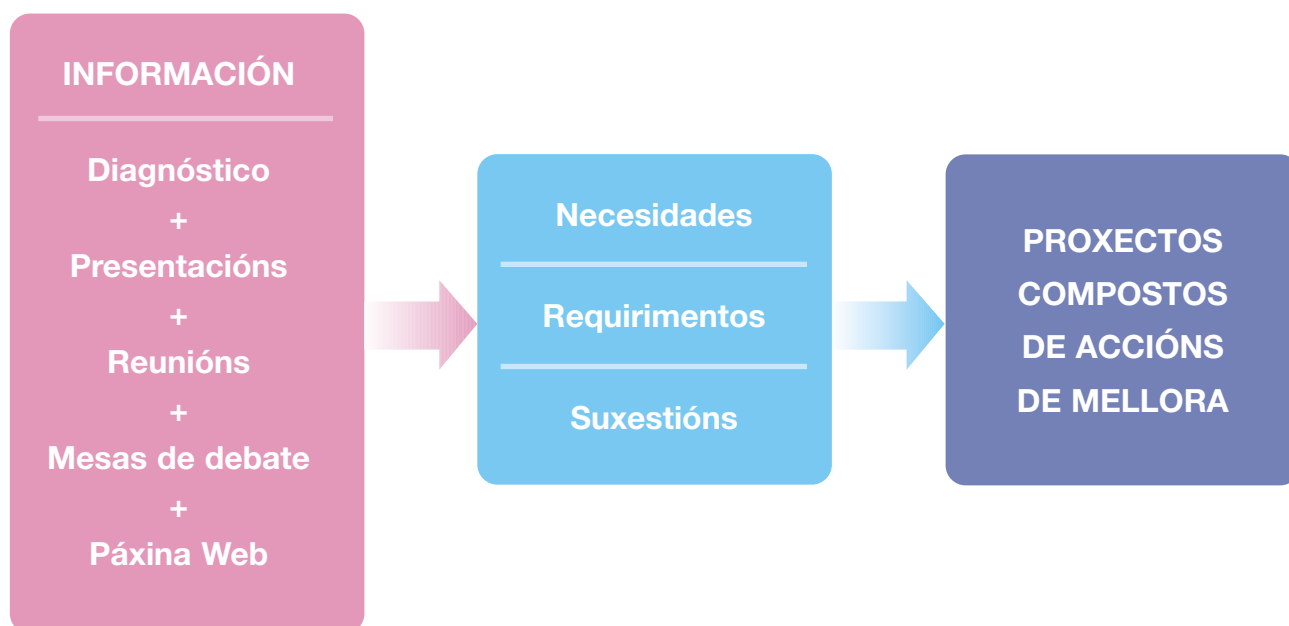
## **8. ORGANIZACIÓN POR ESTRATEGIAS E PROXECTOS**



## 8. ORGANIZACIÓN POR ESTRATEXIAS E PROXECTOS

A elaboración do Plan apoíouse en varias fórmulas de obter información e de aplicala en necesidades concretas, requirimentos ou suxestións de mellora.

O resultado final é unha serie de proxectos que están compostos por accións de mellora.



Evidentemente trátase dun plan integral onde existe unha forte interrelación entre os diferentes proxectos.

Esta relación obriga a establecer mecanismos de coordinación e integración asegurando a continuidade entre proxectos, do mesmo xeito que se establece a continuidade entre os diferentes niveis asistenciales.

Un proxecto non se pode desenvolver sen ter en conta o efecto das súas decisións noutros proxectos. Un exemplo claro é a relación entre embarazo e parto, todo o que se defina en melloras do servizo no embarazo incidirá no parto e viceversa.

Tendo en conta este aspecto, o Comité Técnico decidiu agrupar os proxectos por estratexias, de maneira que cada estratexia coordine os proxectos máis interrelacionados entre si.



## MAPA DE PROXECTOS DO PAÍS

### ESTRATEGIA DE MELLORA NA SAÚDE DA MULLER AO LONGO DO SEU CICLO VITAL

Mellora servizos de ANTICONCEPCIÓN

Mellora servizos consulta PRECONCEPCIONAL

Mellora servizos atención ao EMBARAZO NORMAL

Mellora servizos atención ao PARTO

Mellora servizos atención ao PUERPERIO

Mellora servizos LACTACIÓN MATERNA

Mellora servizos EDUCACIÓN MATERNAL

Mellora servizos atención á MENOPAUSA

### ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA E DETECCIÓN PRECOZ

Mellora EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

Mellora PREVENCIÓN DE DROGAS

Promoción EXERCICIO FÍSICO

Promoción ALIMENTACIÓN SAUDABLE

Creación dun PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CA. CÉRVIX

Mellora PROGRAMA DE CA. MAMA

### ESTRATEGIA DE ATENCIÓN Á MULLER CON PROBLEMAS SANITARIOS

Mellora servizos ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

Mellora atención EMBARAZO DE ALTO RISCO

Mellora servizos ATENCIÓN A VIOLENCIA DE XÉNERO

Mellora servizos de IVÉs

Mellora servizos de REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Mellora atención DISFUNCIÓNSEXUAIS

Mellora servizos INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL

Mellora servizos de atención á SAÚDE MENTAL

Mellora servizos de atención á TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Mellora de servizos de atención á PATOLOXÍA REUMATOLÓXICA

Mellora servizos CARDIOVASCULAR

Mellora servizos de atención TRASTORNOS ENDOCRINOS

### ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN

PARTICIPACIÓN INTERNA. VIOLENCIA

PARTICIPACIÓN INTERNA. CONCILIACIÓN

PARTICIPACIÓN INTERNA. IGUALDADE

PARTICIPACIÓN CIDADÁ

### ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN

COORDINACIÓN/XESTIÓN DO COÑECEMENTO

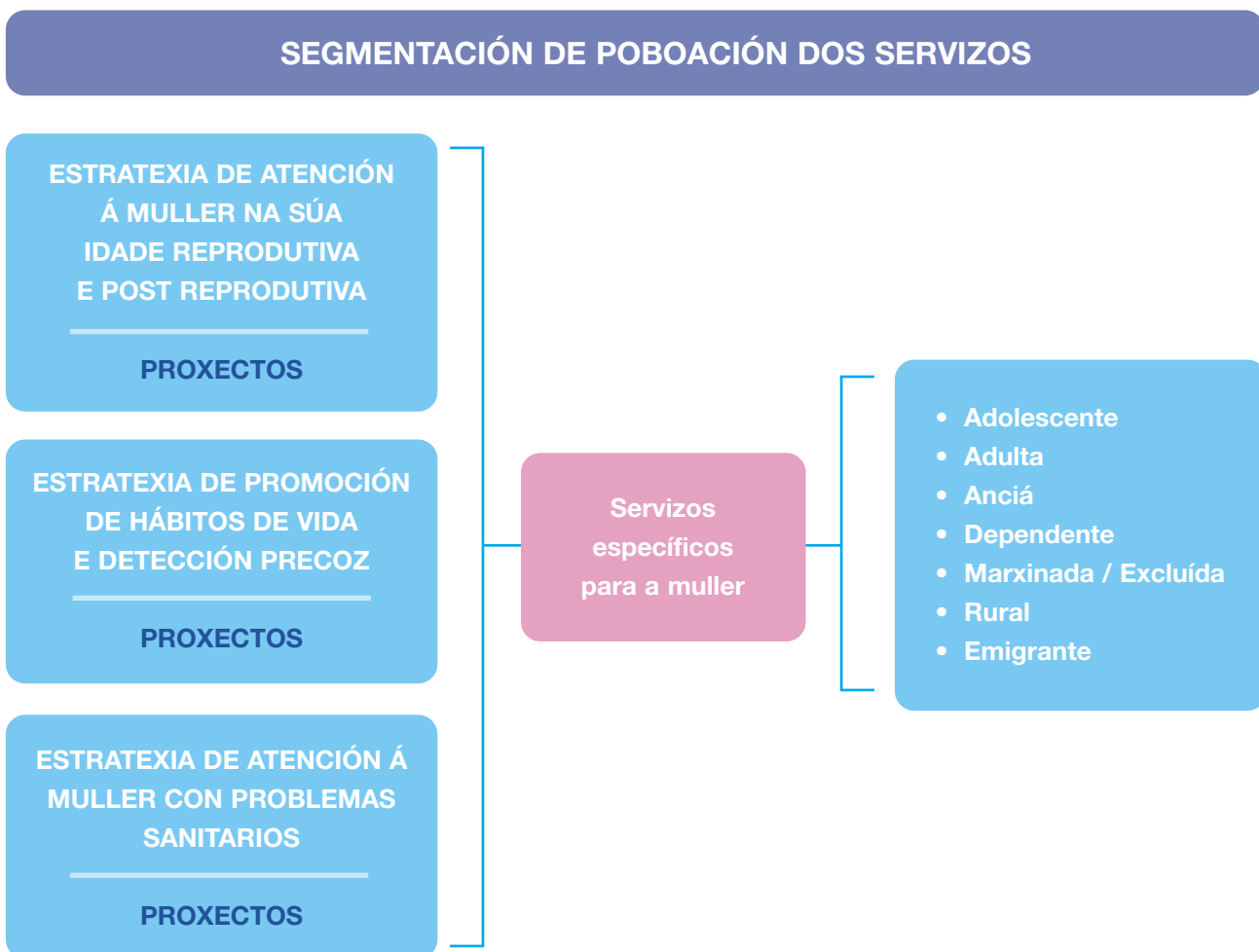
INVESTIGACIÓN

Defínense 5 estratexias:

- Estratexia de atención á muller na súa saúde sexual e a través do seu ciclo vital.
- Estratexia de promoción de hábitos de vida e detección precoz.
- Estratexia de atención á muller con problemas sanitarios.
- Estratexia de participación.
- Estratexia de coordinación.

Como se observa no gráfico anterior cada estratexia ten os seus proxectos asignados xa sexa pola necesidade de continuidade entre eles, polo ámbito ou polo tipo de accións a desenvolver para executar os proxectos do plan.

Ademais desta característica do Plan, engádesse un factor de complexidade importante "non todas as mulleres son iguais" isto significa que cada proxecto debe definir os servizos definindo as súas características en función dos diferentes segmentos da poboación. Un exemplo claro é a diferenza no deseño do servizo no rural e a cidade, persoas marxinadas, etc.



Tradicionalmente existe a tendencia a implantar todos os proxectos en todos os sitios e ademais ao mesmo tempo. Isto adoita ser unha garantía de fracaso. Neste Plan o Comité Técnico estableceu como estratexia de implantación para cada proxecto unha ou dúas áreas inicialmente (xeralmente áreas moi motivadas) e consolidar un modelo de traballo nesas áreas que logo sexa exportable (con adaptacións) ao resto de áreas.



Un elemento fundamental para a execución do Plan é como se documenta cada proxecto e como se establece o seu control. A metodoloxía de traballo neste caso é a que utilizan as organizacións afeitas a xestionar proxectos, que teñen un gran número deles e que polas súas características de duración ou custo é necesario controlar con indicadores obxectivos.

Os proxectos parten dos requirimentos ou atributos definidos pola información obtida nas diferentes actividades do plan e apoiándose en diferentes ferramentas define as accións necesarias para mellorar os servizos do seu ámbito. O proxecto tamén define os indicadores cos que se avaliarán os resultados.

No caso deste plan definiuse un modelo único de descrición dos proxectos.

En conclusión se non existe metodoloxía, homoxeneidade e planificación faise case imposible xestionar un plan tan complexo coma este. O Plan de Atención Integral á Saúde da Muller non só é accións, proxectos, melloras, senón que as ordena, planifica, prioriza e avalía e mellora.

É un plan aberto e sensato.

## IMPLANTACIÓN DO PLAN - DESENVOLVEMENTO DE PROXECTOS - EXEMPLO

### PROXECTO MELLORA EMBARAZO

#### ATRIBUTOS IDENTIFICADOS

Aumentar a participación da muller	Garantir a derivación dende calquera profesional
Protocolos comúns. Unificar os criterios e mellora a continuidade asistencial entre Atención Primaria e Especializada	Mellorar a comunicación entre niveis
Garantir a educación maternal (incluír información sobre apoios socioeconómicos, promoción lactación materna)	Consultar especialista
Mellorar o trato e as instalacións para este tipo de servizo	Reunións entre os profesionais dos distintos niveis
Incluír datos sociais na historia do embarazo	Diminuír a percepción da sociedade e da muller do embarazo como enfermidade
Ofertar o servizo de forma máis accesible	Formación dos profesionais
Mellorar a continuidade asistencial entre niveis	Información institucional ás mulleres e á sociedade
	Transmitir que é un proceso fisiolóxico e que os resultados son bos

#### INDICADORES DE

##### Resultado

- Mortalidade materna
- Mortalidade peri/neo natal
- Peso ao nacer

##### Actividade

- Nº embarazos controlados
- Nº consultas por embarazo

##### Produtividade

##### Accesibilidade

- Proporción de mulleres atendidas durante o parto por un profesional

##### Calidade

- Técnica
  - Prevalencia de anemia
  - % mulleres con test VIH
  - % mulleres con...
- Demora

##### Percepción

- % satisfacción co servizo de atención ao parto

#### FERRAMENTAS PARA UTILIZAR

- Formación continua dos profesionais
- Promoción de liñas de investigación
- Sistemas de información
- Comunicación e información divulgativa
- Participación da sociedade (asociacións)

#### FICHA DE PROXECTO (ATLAS)

#### PROXECTO PILOTO EXTENSIÓN PROXECTO



## 9. PROXECTOS



## 9. PROXECTOS

- 1. ANTICONCEPCIÓN**  
Mellora do servizo de anticoncepción
- 2. ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL**  
Mellora do servizo de anticoncepción postcoital
- 3. CONSULTA PRECONCEPCIONAL**  
Consulta preconcepcional
- 4. ATENCIÓN EMBARAZO NORMAL**  
Mellora da atención ao embarazo na atención primaria de saúde
- 5. ATENCIÓN EMBARAZO DE RISCO**  
Mellora da atención ao embarazo de risco
- 6. ATENCIÓN AO PARTO**  
Mellora da atención ao parto
- 7. PUERPERIO**  
Atención á muller durante o puerperio en Atención Primaria
- 8. LACTACIÓN MATERNA**  
Fomento, protección e axuda á lactación materna durante o embarazo, parto e puerperio
- 9. EDUCACIÓN MATERNAL**  
Mellora da educación maternal
- 10. MENOPAUSA**  
Atención á muller no climaterio (menopausa)
- 11. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DO EMBARAZO (IVEs)**  
Mellora da atención sanitaria á interrupción voluntaria do embarazo
- 12. REPRODUCCIÓN ASISTIDA**  
Mellora dos servizos de reprodución asistida
- 13. DISFUNCIÓNS SEXUAIS**  
Mellora da atención sanitaria ás disfuncións sexuais
- 14. PREVENCIÓN DAS INFECCIÓNS DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**  
Mellora da atención sanitaria das infeccións de transmisión sexual
- 15. VIOLENCIA DE XÉNERO**  
Mellora da atención e asistencia sanitaria a mulleres vítimas de violencia de xénero
- 16. SAÚDE MENTAL E XÉNERO**  
Mellora dos servizos de saúde mental dende a perspectiva de xénero feminino
- 17. TRASTORNOS DA CONDUTA ALIMENTARIA**  
Mellora da atención sanitaria dos trastornos de conduta alimentaria
- 18. PATOLOXÍA REUMATOLÓXICA**  
Mellora da atención ás mulleres con patoloxía reumatolóxica
- 19. PATOLOXÍAS CARDIVASCULARES NAS MULLERES**  
Mellora da atención sanitaria ás patoloxías cardiovasculares nas mulleres
- 20. PATOLOXÍAS ENDOCRINOLÓXICAS**  
Mellora da atención ás mulleres con patoloxía endocrinolóxica
- 21. EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL**  
Promoción da educación afectivo-sexual
- 22. DROGAS**  
Mellora na prevención do consumo de drogas nas mulleres
- 23. ACTIVIDADE FÍSICA**  
Promoción da actividade física para as mulleres
- 24. NUTRICIÓN NA MULLER**  
Promoción dunha alimentación saudable nas mulleres
- 25. CANCRO CÉRVIX**  
Detección precoz do cancro de colo de útero
- 26. CANCRO DE MAMA**  
Mellora do programa de detección precoz do cancro de mama
- 27. PARTICIPACIÓN INTERNA. VIOLENCIA**  
Protección integral das vítimas da violencia contra as mulleres traballadoras no Sistema Sanitario de Galicia
- 28. PARTICIPACIÓN INTERNA. CONCILIACIÓN**  
Medidas para a conciliación da vida doméstica-familiar e da vida laboral
- 29. PARTICIPACIÓN INTERNA. IGUALDADE**  
Medidas para a igualdade de trato e oportunidades
- 30. PARTICIPACIÓN SOCIAL**  
Participación social na mellora do estado da saúde da muller
- 31. XESTIÓN DO COÑECEMENTO**  
Coordinación e xestión do coñecemento no Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia
- 32. INVESTIGACIÓN CON PERSPECTIVA DE XÉNERO**  
Apoio á introdución e extensión da perspectiva de xénero na investigación.



# 1. ANTICONCEPCIÓN

## Mellora do servizo de anticoncepción

### Contexto

- As mulleres galegas utilizan menos anticonceptivos có resto de España.
- En Galicia a taxa de utilización de anticoncepción de urxencia por mil mulleres de entre 15 e 24 anos é de 138,06, mentres que a media estatal é de 117,38.
- En menores de 20 anos, preto do 50% dos embarazos terminan en abortos.
- A taxa de interrupcións voluntarias do embarazo en Galicia é inferior á media estatal.
- Temas como a confidencialidade son críticos neste servizo.
- O servizo non está adaptado nin en horario nin en espazo á mocidade.
- Os criterios de formación e información son moi variables.
- A maior parte dos anticonceptivos hormonais non están dentro da prestación farmacéutica da Seguridade Social.

### Misión obxectivo

- Diminuír o número de embarazos non desexados incidindo principalmente na mocidade. Mellorando a calidade do servizo en asesoramento, acceso, control e seguimento de métodos anticonceptivos.

### Obxectivos / indicadores

- Diminuír o número de embarazos non desexados. Aumentar a accesibilidade.
- Aos servizos e métodos de anticoncepción.
- Aumentar a utilización de métodos anticonceptivos.
- Aumentar o coñecemento sobre a anticoncepción e a práctica de sexo seguro.

### Accións e planificación

- Xuño 2007-marzo 2008: Elaboración dunha guía de actuación que asegure o nivel de calidade e a igualdade na prestación de servizos en todo o territorio.
- Xuño 2007-xuño 2008: Deseño e creación de novos ámbitos de prestación de servizos (máis accesibles en horarios e lugares).
- Dec. 2007-xuño 2008: Implantación da guía na primeira área.
- Xullo 2008-dec. 2009: Implantación no resto de áreas.
- Nov. 2007-abr. 2008: Establecemento do sistema de avaliación e seguimento.
- Xuño 2007-abr. 2008: Estudo para a incorporación da anticoncepción hormonal dentro da prestación farmacéutica.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Elaboración dunha guía de anticoncepción de ámbito autonómico que unifique a forma de prestar este servizo e a extensión da prestación do servizo en atención primaria.
- Crear novos ámbitos (horarios e espazos) onde prestar o servizo mellorando a accesibilidade á mocidade.
- Aproveitar o control dos 14 anos dentro do programa de saúde do neno san, para ofertar o servizo de anticoncepción. (Inclusión no programa do neno san dunha intervención específica con nenas aos 14 anos).
- Estudo da sistemática da posible incorporación de anticonceptivos hormonais dentro da prestación farmacéutica da Seguridade Social na Comunidade Autónoma de Galicia.



## 2. ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

### Mellora do servizo de anticoncepción postcoital

---

#### Contexto

- A pílula postcoital é un servizo que xa ofrece a Consellería de Sanidade de Galicia.
- O nivel de accesibilidade a este servizo é moi variable por territorios.
- As mulleres galegas empregan menos métodos anticonceptivos có resto de España e a taxa galega de utilización da anticoncepción de urxencia por mil mulleres, de entre os 15 e os 24 anos, é do 138,06; mentres a media estatal é de 117,38. En menores de 20 anos, preto do 50% dos embarazos terminan en abortos, aínda que a taxa de interrupcións voluntarias en Galicia está por debaixo da media estatal.

#### Misión obxectivo

- Diminuír o número de embarazos non desexados a través da anticoncepción postcoital.

#### Obxectivos / indicadores

- Aumentar o número de centros sanitarios que facilitan a anticoncepción postcoital.
- Aumentar o coñecemento sobre a anticoncepción postcoital polas potenciais usuarias e polos propios profesionais.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-mar. 2008: Revisión da guía de actuación que asegure o nivel de calidade, así como a igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Dec. 2007-dec. 2008: Implantación da guía en todo o territorio.
- Xuño 2007-dec. 2007: Establecemento do novo sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Elaboración dunha guía que asegure o nivel de calidade, así como a igualdade na prestación do servizo.
- Fomentarase o coñecemento da anticoncepción postcoital.
- Aumentarase a accesibilidade do servizo polo menos ao 80% dos centros sanitarios.
- Garantirase a privacidade, cunha especial sensibilidade cara á adolescencia.



## 3. CONSULTA PRECONCEPCIONAL

### Consulta preconcepcional

---

#### Contexto

- A evolución do coñecemento sobre o proceso de xestación permite establecer unhas pautas de atención á muller que melloren o estado de saúde para a concepción, que minimicen os riscos, que controlen a sintomatoloxía e faciliten a participación da muller na toma de decisións sobre a súa saúde reprodutiva. Aínda que existe o coñecemento e que se transmite de xeito puntual, non sempre se consegue que a muller planifique o seu embarazo nas condicións máis óptimas para alcanzar a concepción e ter unha vivencia da xestación satisfactoria.
- As mulleres que están a planificar un embarazo teñen unha especial predisposición a efectuar cambios de conduta saudables, polo que son moi receptivas a esta oferta de servizos.

#### Misión obxectivo

Implantar en Atención Primaria o servizo de consulta preconcepcional para todas as mulleres con desexo xestacional. Con esta consulta preconcepcional preténdese alcanzar os seguintes obxectivos:

- Fomentar un estado óptimo de saúde da muller para a concepción.
- Identificar posibles riscos para a xestación.
- Minimizar os riscos de malformacións fetais. (Teratóxenos, quimioprofilaxe con ácido fólico e iodo)
- Minimizar a sintomatoloxía da xestación.
- Facilitar e fomentar a participación da muller na toma de decisións sobre a súa saúde reprodutiva.

#### Obxectivos / indicadores

- Implantar a consulta preconcepcional en todas as áreas sanitarias.
- Ofrecelo ao 100% das mulleres en idade fértil.
- Alcanzar un 60% de participación das mulleres que decidan iniciar un proceso de xestación.
- Lograr un nivel de satisfacción das usuarias do servizo do 75%.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xan. 2008: Elaboración da guía de actuación (introdución en IANUS) co obxectivo de asegurar o nivel de calidade e igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Xan. 2008-xul. 2008: Implantación na primeira área sanitaria seleccionada.
- Xan. 2008-maio 2008: Campaña divulgativa do servizo e establecemento do sistema de avaliación.
- Xul. 2008-dec. 2009: Implantación ao resto das áreas sanitarias.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- A consulta preconcepcional realizarase en Atención Primaria como novo servizo ás mulleres con desexo xestacional.
- Establécese un único modelo de consulta preconcepcional a través dunha guía común para todo o sistema sanitario de Galicia.
- Establécese un sistema de avaliación do proxecto. Avaliarase o nivel de satisfacción das mulleres con este servizo.



## 4. ATENCIÓN EMBARAZO NORMAL

### Mellora da atención ao embarazo na atención primaria de saúde

---

#### Contexto

- Neste momento a atención ao embarazo faise de maneira desigual en Galicia e seguindo modelos distintos, provocando unha gran desigualdade na atención prestada.
- Nun alto número de casos o seguimento faise desde atención especializada sen coordinación con Atención Primaria, o que supón unha barreira xeográfica e temporal á utilización do servizo e duplicación das consultas.
- O proceso de atención ao parto parécese máis ao tratamento e seguimento dunha enfermidade que a un proceso fisiolóxico.

#### Misión obxectivo

- Reorganizar a forma de prestar o servizo de atención ao embarazo normal (sen risco) convertendo a muller no centro do proceso, achegándolle o servizo a ela e á súa familia e prestándoo dende Atención Primaria.

#### Obxectivos / indicadores

- Incrementar o número de mulleres que reciben o servizo dende Atención Primaria.
- Aumentar o grao de satisfacción das mulleres co servizo.
- Implantar os criterios da guía no 100% do territorio.
- Mellorar os resultados de saúde perinatal e materna.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xan. 2008: Elaboración da guía de asistencia ao embarazo de baixo risco (normal) co consenso de todos os profesionais que asegure o nivel de calidade e a igualdade de prestación en todos os territorios.
- Xaneiro 2008-xullo 2008: Implantación na primeira área.
- Agosto 2008-dec. 2009: Implantación no resto das áreas.
- Xaneiro 2008-maio 2008: Plan de comunicación do cambio no servizo.
- Outubro 2007-feb. 2008: Establecemento do sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Visión do embarazo como un proceso fisiolóxico e non como unha enfermidade.
- Prestar o servizo de atención ao embarazo normal (sen risco) en Atención Primaria.
- Establecemento de pautas e criterios claros e os seus circuitos de derivación. Garantir unha axeitada continuidade asistencial.
- Recomendación poboacional de quimioprofilaxe con ácido fólico e iodo a todas as mulleres.
- A muller é a protagonista do proceso asistencial e debe fomentarse a súa participación na toma de decisións.
- Mellora do trato e das instalacións, permitindo o acompañamento da xestante pola persoa que ela desexe durante os controis prenatais e a realización de probas complementarias.





## 5. ATENCIÓN EMBARAZO DE RISCO

### Mellora da atención ao embarazo de risco

---

#### Contexto

- Defínese un embarazo como de risco cando a xestante presenta un elevado nivel de posibilidades de complicacións durante o embarazo ou o parto.
- Os embarazos de risco necesitan de medios e tecnoloxía que non dispón o primeiro nivel asistencial, polo que os levan as Unidades de Alto Risco, situadas no ámbito hospitalario.
- Nalgúns casos, e de xeito particular, compártese o control destes embarazos entre os dous niveis.

#### Misión obxectivo

- Diminuír as patoloxías maternais e aumentar o benestar fetal nos embarazos de alto risco.
- Definición dos criterios de diagnóstico de embarazo de alto risco.

#### Obxectivos / indicadores

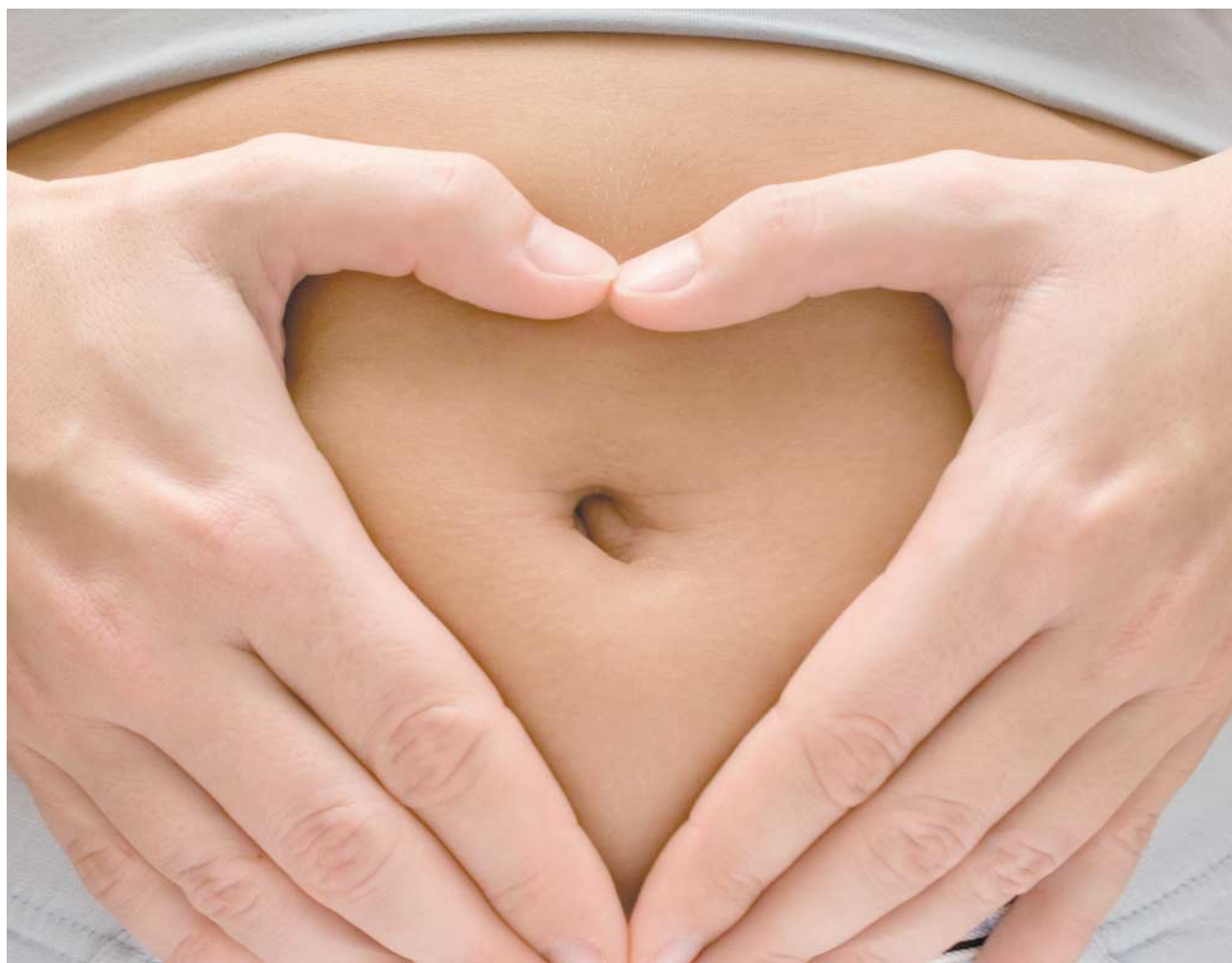
- Nivel de satisfacción das mulleres co servizo prestado.
- Mellorar os resultados de saúde perinatal (peso segundo idade xestacional, prematuridade, atraso de crecemento intrauterino).

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-marzo 2008: Elaboración da guía co consenso dos profesionais que asegure o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo.
- Xan. 2008-xuño 2008: Implantación na primeira área.
- Xuño 2008-dec. 2009: Implantación no resto de áreas.
- Xuño 2007-marzo 2008: Establecemento do sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Definición de criterios homoxéneos dentro da Comunidade Autónoma de diagnóstico de embarazo de alto risco.
- Elaboración dunha guía que asegure o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Aumentar a formación para os profesionais.
- Preferiblemente a muller cunha xestación de risco terá un profesional de referencia para o proceso.
- Asegurar citas precoces (24 h - 7 días). Facilitarase cita preferente en interconsulta a outras especialidades ou probas específicas, favorecendo a súa realización no mesmo día.



## 6. ATENCIÓN AO PARTO

### Mellora da atención ao parto

---

#### Contexto

- Os principais organismos sanitarios e profesionais estableceron unha serie de pautas e de criterios aplicables na atención ao parto que deben estenderse na nosa comunidade autónoma.
- Actualmente a atención ao parto na nosa comunidade é desigual.
- Trátase dun momento clave na vida de todas as mulleres.
- Nestes momentos hai evidencia científica que permite evolucionar na forma de asistir o parto sendo máis respectuosos cos ritmos fisiolóxicos.
- A atención ao parto está moi medicalizada e non se adoita dispoñer da infraestrutura necesaria que facilite unha vivencia positiva pola nai.
- A cidadanía considera este servizo como mellorable, ata solicita a xeración de máis servizos de apoio á muller e ao parto natural.

#### Misión obxectivo

- Humanizar o parto, transformando todos os servizos e as infraestruturas.

#### Obxectivos / indicadores

- Aumentar a satisfacción das mulleres con este servizo.
- Diminuír as complicacións nas mulleres.
- Mellorar o benestar fetal.
- Diminuír os partos instrumentais e as cesáreas.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-marzo 2008: Elaboración da guía de atención ao parto co consenso dos profesionais, que asegure o nivel de calidade así como a igualdade de prestación en todo o territorio.
- Xan 2008-maio 2008: Implantación da guía no 1º hospital.
- Maio 2008-dec. 2009: Implantación no resto de áreas.
- Xuño 2007-dec. 2008: Definición da sistemática para ofertar o parto natural no sistema público.
- Xaneiro 2008-abril 2008: Establecemento do sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Xerarse unha guía que unifique a forma de atender o parto normal, que inclúa as novas evidencias científicas e que garanta unha actuación de calidade que faga o parto menos medicalizado, respectando os dereitos e a autonomía das mulleres e os dos seus fillos e fillas. A guía será integral, falará tanto de cómo atendelo como das infraestruturas necesarias, e terá en conta o desexo da muller de ter unha persoa acompañándoa no proceso.
- Óptase por reducir a medicalización e ser máis respectuosos co ritmo fisiolóxico tendo como referencia a guía da Organización Mundial da Saúde (OMS)
- Melloraranse todas as unidades de parto actuais.
- Farase un deseño específico para as novas infraestruturas.
- Definirase a fórmula de incorporación do parto natural no sistema público.



## 7. PUERPERIO

### Atención á muller durante o puerperio en Atención Primaria

---

#### Contexto

- O puerperio abarca o tempo desde que nace o bebé ata que a muller se recupera totalmente do embarazo e do parto e establécese normalmente en 40 días.
- É un momento crítico no que se necesitan coidados para a muller-nai, o recentemente nado e a súa familia.
- A prestación deste servizo é moi variable en función dos recursos dispoñibles e os criterios non están unificados.
- As necesidades do servizo varían en función das necesidades da puérpera e do recentemente nado, a prestación dun servizo específico axeitado ás súas necesidades mellorará o nivel de saúde e a calidade de vida da nai e do bebé.
- A calidade na prestación deste servizo ten un grande impacto na percepción que a muller ten da atención sanitaria nesta fase da súa vida.
- En moitos casos é necesaria a axuda psicolóxica, en especial no caso de depresión.
- Nesta etapa a nai ten que adaptarse á nova situación nas mellores condicións físicas e psíquicas, non obstante non existe suficiente información ás nais das necesidades e características desta etapa da súa vida.

#### Misión obxectivo

- Facilitar a recuperación e adaptación postparto das mulleres, detectando e tratando precozmente as posibles complicacións.

#### Obxectivos / indicadores

- Incrementar o número de mulleres que realizan a primeira consulta puerperal na primeira semana do postparto.
- Prestar os coidados e a axuda ás mulleres puérperas con problemas de lactación, episiotomía, infección de ouriños...
- Incrementar o nivel de satisfacción da muller co servizo.
- Aumentar a porcentaxe de mulleres que acoden á consulta de puerperio a Atención Primaria.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xan. 2008: Elaboración da guía do proceso asistencial (introdución en IANUS) que asegure a calidade e a igualdade na prestación do servizo.
- Setembro 2007-set. 2008: Unificar os contidos dos cursos postparto.
- Xan 2008-xullo 2008: Implantación na primeira área.
- Xullo 2008-dec. 2009: Implantación no resto das áreas.
- Febreiro 2008-maio 2008: Elaboración e execución da campaña divulgativa.
- Decembro 2007-feb. 2008: Establecemento do sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Creación dunha guía de atención no puerperio que asegure o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo.
- Realización dunha primeira consulta na primeira semana postparto polos servizos de Atención Primaria así como as sucesivas e a revisión puerperal aos 40 días.
- Realizarse unha campaña formativa e informativa ás mulleres.
- Faranse actividades de educación sanitaria de grupo de recuperación postparto, con guías que establezan criterios unificados.



## 8. LACTACIÓN MATERNA

### Fomento, protección e axuda á lactación materna durante o embarazo, parto e puerperio

#### Contexto

- A lactación materna constitúe a forma natural de alimentar os recentemente nados e está ao alcance de todas as mulleres.
- Os beneficios da lactación materna son recoñecidos polos profesionais, pero non sempre se transmite a información ás nais.
- A atención e os coidados prestados nos centros sanitarios é desigual, non todos os profesionais están formados en lactación materna.
- Ás mulleres chéganlles mensaxes contraditorias que minan a súa confianza e propia estima e fanlles crer que a súa lactación é insuficiente ou ineficaz, co que se recorre á suplementación con leite artificial que na maioría dos casos é innecesaria, e prodúcese un gran número de abandonos.
- Galicia ten unha das taxas máis baixas do territorio español en lactación materna exclusiva aos seis meses.
- O Servizo Galego de Saúde conta cun hospital amigo dos nenos, o Hospital Comarcal do Salnés, froito do traballo de profesionais sensibilizados da importancia para a saúde da lactación materna.

#### Misión obxectivo

- Fomentar, protexer e axudar á lactación materna durante o embarazo, parto e puerperio.

#### Obxectivos / indicadores

- Incrementar o número de nenos que son alimentados exclusivamente con leite materno.
- Incrementar o número de centros que cumpren os criterios establecidos pola OMS/UNICEF para o fomento da lactación materna.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xan. 2008: Elaboración da guía de actuación que asegure o nivel de calidade e a igualdade de prestación do servizo en todo o territorio.
- Xaneiro 2008-dec.2008: Inclusión dos criterios da guía no resto de guías técnicas de embarazo, parto ou puerperio.
- Xuño 2007-feb. 2008: Formación aos profesionais e elaboración de material informativo.
- Xaneiro 2008-xullo 2008: Implantación na primeira área.
- Xullo 2008-dec. 2009: Implantación no resto de áreas.
- Xaneiro 2008-maio 2008: Campaña informativa e divulgativa do fomento, protección e axudas á lactación materna durante o embarazo, parto e puerperio.
- Nov. 2007-feb. 2008: Sistema de avaliación e seguimento.
- Xuño 2007-dec. 2008: Elaborar e implantar o sistema de control de comercialización de sucedáneos de leite materno.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Dispoñer dunha guía de actuación para favorecer a implantación do proceso de lactación materna asegurando o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo.
- Formar os profesionais en lactación materna.
- Formar e informar as mulleres sobre os beneficios da lactación materna.
- Crear o sistema e os medios de apoio necesarios para facilitarlle á muller a lactación materna, facilitando a creación de grupos de nais de axuda á lactación/crianza, proporcionando extractores de leite adecuados nos centros sanitarios que atenden a mulleres lactantes e promovendo a existencia de bancos de leite nos hospitais.
- Facilitar a cohabitación da nai e o bebé as 24 horas.
- Establecer un control estrito sobre a publicidade e comercialización de sucedáneos de leite materno.





## 9. EDUCACIÓN MATERNAL

### Mellora da educación maternal

---

#### Contexto

- A educación maternal é un servizo que se presta para grupos de parellas onde se lles transmite información sobre o proceso do embarazo, parto, puerperio, cuidados do recentemente nado e crianza, anticoncepción, atención afectivo-sexual, dereitos da nai...
- Este servizo préstase principalmente en Atención Primaria e algunha vez en atención especializada.
- A maternidade/paternidade é un acontecemento vital na vida das persoas, polo que o servizo é moi valorado e demandado polas parellas favorecendo a asunción de novos roles con beneficios para o embarazo, parto e puerperio.
- Na actualidade hai unha gran desigualdade en como se presta o servizo nas diferentes zonas.

#### Misión obxectivo

- Facilitar a información e educación sanitaria necesaria para que as parellas vivan o embarazo de xeito satisfactorio e afronten o parto e a maternidade/paternidade nas mellores condicións físicas, mentais e emocionais.

#### Obxectivos / indicadores

- Número de cursos de educación maternal que se fan seguindo a guía.
- Número de mulleres e parellas que acoden aos cursos.
- Número de centros onde se presta o servizo.
- Nivel de satisfacción das mulleres e parellas que utilizan o servizo.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-set. 2008: Elaboración da guía de formación que asegure o nivel de calidade do servizo así como a igualdade da prestación en todo o territorio.
- Agosto 2008-xuño 2009: Mellora do servizo onde xa se está ofrecendo.
- Agosto 2008-dec. 2009: Implantación do servizo no resto do territorio.
- Maio 2008-ago. 2008: Establecemento do sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Elaborarase unha guía que elimine a desigualdade na forma de prestar o servizo e unificaranse os contidos de toda a información que se transmite á parella.
- Definirase a metodoloxía de formación máis útil para as parellas.
- Estenderase o servizo aos centros onde non estea implantado.
- Avaliarase e farase un seguimento de todo o proxecto.



## 10. MENOPAUSA

### Atención á muller no climaterio (menopausa)

---

#### Contexto

- Climaterio: período que comeza despois da última menstruación (menopausa) na que se van presentar unha serie de cambios hormonais e físicos que acompañan o cese da función ovárica da muller.
- O aumento da esperanza de vida xunto cos avances terapéuticos sitúannos ante unha maior prevalenza de procesos crónicos.
- O 44% das mulleres galegas está na idade da menopausa. Preséntase arredor dos 45-55 anos, pero tamén pode ocorrer de forma precoz ou tardía.
- Algunhas mulleres e profesionais teñen unha visión negativa da menopausa polo que se medicaliza en exceso esta etapa da vida da muller.
- A adopción de estilos de vida saudables poden facer da etapa menopáusica unha das máis satisfactorias da vida da muller.
- Falta información real e baseada na mellor evidencia que realmente chegue ás mulleres.
- Sobre estas mulleres actúan varios niveis asistenciais ao mesmo tempo, ás veces proporcionando solucións contraditorias.

#### Misión obxectivo

- Conseguir que as mulleres vivan este período como unha parte máis do seu ciclo vital de forma saudable e satisfactoria, desmedicalizando a súa atención, e conseguir unha abordaxe adecuada da patoloxía relacionada co climaterio.

#### Obxectivos / indicadores

- N° de mulleres que participan en grupos de educación sanitaria.
- Nivel de satisfacción das mulleres co servizo.
- N° de mulleres que reciben o servizo en Atención Primaria.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-mar. 2008: Elaboración da guía (introdución en IANUS) co obxectivo de asegurar o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Xaneiro 2008-abril 2008: Realización da campaña divulgativa ás mulleres.
- Outubro 2007-dec. 2008: Formación aos profesionais.
- Xaneiro 2008-xuño 2008: Implantación na primeira área.
- Xuño 2008-dec. 2009: Implantación no resto das áreas.
- Xan. 2008-dec. 2009: Promoción da educación para a saúde de grupo no climaterio.
- Outubro 2007-mar. 2008: Sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Establécese unha guía de atención á muller dinámica e os criterios e circuítos de derivación.
- Formarase e informarase aos profesionais.
- Crearanse grupos para educación sanitaria.
- Editaranse materiais informativos para as mulleres neste período fisiolóxico.
- Realizarase unha campaña informativa e divulgativa do servizo de atención á muller climatérica que será ofertado na Atención Primaria de saúde.
- Fomentaranse actividades preventivas que melloren a calidade de vida no aspecto físico e psicoafectivo.



## 11. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DO EMBARAZO (IVEs)

### Mellora da atención sanitaria á interrupción voluntaria do embarazo

---

#### Contexto

- A lei recoñece tres supostos polos que é está despenalizada a interrupción voluntaria do embarazo.
- A lei recoñece o dereito de obxección de conciencia dos profesionais, pero non se pode alegar obxección para dar información ou derivar a outros profesionais.
- A prestación do servizo na comunidade autónoma préstase de xeito moi diverso e prodúcese unha alta variabilidade territorial.
- Non todos os supostos legais se realizan na sanidade da Comunidade Autónoma e, polo tanto, nalgúns casos débese viaxar a Madrid.

#### Misión obxectivo

- Suprimir a variabilidade territorial na prestación do servizo asegurando a calidade na súa prestación.

#### Obxectivos / indicadores

- En cada provincia un centro público ofertará o servizo.
- Nivel de satisfacción das usuarias co servizo.
- Nivel de calidade na prestación do servizo.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-abr. 2008: Elaboración de Guía Clínica de actuación (introdución en IANUS) co obxectivo de asegurar o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Xan. 2008-out. 2008: Implantación do proceso na 1ª provincia.
- Set. 2008-dec. 2009: Implantación no resto de provincias.
- Xuño 2007-xuño 2008: Establecemento e mellora nos sistemas de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Fomentar a formación e a información aos profesionais con respecto a servizo e á derivación posible.
- Definir un primeiro nivel asistencial que sería calquera consulta no sistema que recibe a demanda e deriva unidades de apoio á saúde da muller (COF).
- Fomentar a formación e a información aos profesionais sanitarios con respecto ao servizo e ás posibles derivacións para a súa prestación.
- Establecer unha guía de atención á demanda do servizo que inclúa as actividades nos distintos niveis asistenciais e garanta un axeitado nivel de calidade e homoxeneidade na súa prestación, garantindo a práctica do aborto dentro dos prazos legais e respectando a confidencialidade e especial vulnerabilidade da muller.
- En cada provincia un centro público ofertará o servizo en todos os supostos e evitará desprazamentos fóra da Comunidade.
- Xeneralizarase o servizo dentro da Sanidade Pública ou con financiamento público, facilitándose o suposto psicolóxico.



## 12. REPRODUCCIÓN ASISTIDA

### Mellora dos servizos de reprodución asistida

---

#### Contexto

- A esterilidade defínese como a incapacidade da parella para ter fillos. Esta pode ser primaria (ausencia de xestación) ou secundaria (existe algún fillo vivo e polo menos 2 anos sen unha nova xestación).
- A infertilidade defínese como a parella que obtivo xestacións pero sen chegar a ter recentemente nados viables. É recomendable o estudo tras dous fetos non viables ou un malformado.
- Unha parella fértil ten un 93% de probabilidades acumuladas de embarazo ao longo dun ano.
- Faise necesario que todo o sistema se poña en fase de ordenación e reestruturación traballando en guías, ordenación, derivación e criterios de inclusión.
- Tanto a infertilidade como a esterilidade convertéronse cada vez máis en "problemas tratables" polo que a cidadanía solicita o servizo cada día máis e espera unha mellor calidade de servizo tanto na atención, como na rapidez da prestación.

#### Misión obxectivo

- Ordenar e mellorar o servizo de reprodución asistida no sistema sanitario de Galicia.

#### Obxectivos / indicadores

- Aumentar o número de éxitos no tratamento.
- Diminuír a espera para o inicio do tratamento.
- Aumentar a satisfacción das usuarias cos servizos prestados.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xuño 2008: Elaboración do protocolo ou guía clínica de actuación (introdución en IANUS) co obxectivo de asegurar o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Abr. 2008-set. 2008: Implantación da guía e mellora do servizo en Vigo e A Coruña.
- Out. 2008-dec. 2008: Análise de necesidade de novas unidades de referencia.
- Maio 2008-dec. 2009: Implantación da guía en áreas sen unidade de referencia.
- Xullo 2008-dec. 2008: Presentación e difusión do servizo de reprodución asistida.
- Xan. 2008-dec. 2008: Creación do laboratorio autonómico de diagnóstico xenético preimplantacional.
- Xan. 2008-xuño 2008: Establecemento do sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- En Atención Primaria realizarase a recepción da demanda, valoración e derivación segundo os criterios establecidos.
- Establecerase un segundo nivel asistencial onde ademais de certas probas diagnósticas esenciais faranse os seguintes tratamentos:
  - Indución da ovulación.
  - Inseminación artificial con seme homólogo ou seme de doador.
- No terceiro nivel asistencial realizaranse:
  - Fecundación in-vitro (FIV).
  - ICSI (Inxección intracitoplasmática).
  - Doazón de oocitos.
  - Laboratorio con capacidade para tratamentos virais e lavados de seme.
  - Diagnóstico preimplantacional.
- Definiranse as condicións de inclusión e de exclusión, así como as guías e protocolos e sistemas de derivación.
- Crearase un laboratorio de referencia en Galicia para o diagnóstico xenético preimplantacional.





## 13. DISFUNCIÓNS SEXUAIS

### Mellora da atención sanitaria ás disfuncións sexuais

---

#### Contexto

- Chámasele disfunción sexual á dificultade durante calquera etapa do acto sexual (que inclúe desexo, excitación, orgasmo e resolución) que lle evita ao individuo ou parella o goce da actividade sexual.
- As disfuncións sexuais poden manifestarse ao comezo da vida sexual da persoa ou poden desenvolverse máis adiante. Algunhas delas poden desenvolverse paulatinamente co tempo, e outras poden aparecer de súpeto, como a incapacidade total ou parcial para participar dunha ou máis etapas do acto sexual. As causas das disfuncións sexuais poden ser físicas, psicolóxicas ou ambas.
- Moitas cousas poden causar problemas na súa vida sexual. Os medicamentos, as enfermidades (como a diabetes ou a presión alta) o uso de alcohol ou as infeccións vaxinais poden causar problemas sexuais. A depresión, unha relación que non a fai feliz ou o abuso presente ou pasado tamén poden causar problemas sexuais.
- Segundo estatísticas serias, aproximadamente unha de cada tres persoas e unha de cada dúas parellas presenta algún tipo de disfunción sexual tomando como criterio os estándares acordados pola comunidade científica. Aínda que a gravidade do trastorno varía en cada caso dende un grao leve ata o grave, pasando por diversos matices, en xeral prodúcese algún tipo de dificultade no individuo e na parella.

#### Misión obxectivo

- Mellorar a asistencia sanitaria ás persoas con disfuncións sexuais.

#### Obxectivos / indicadores

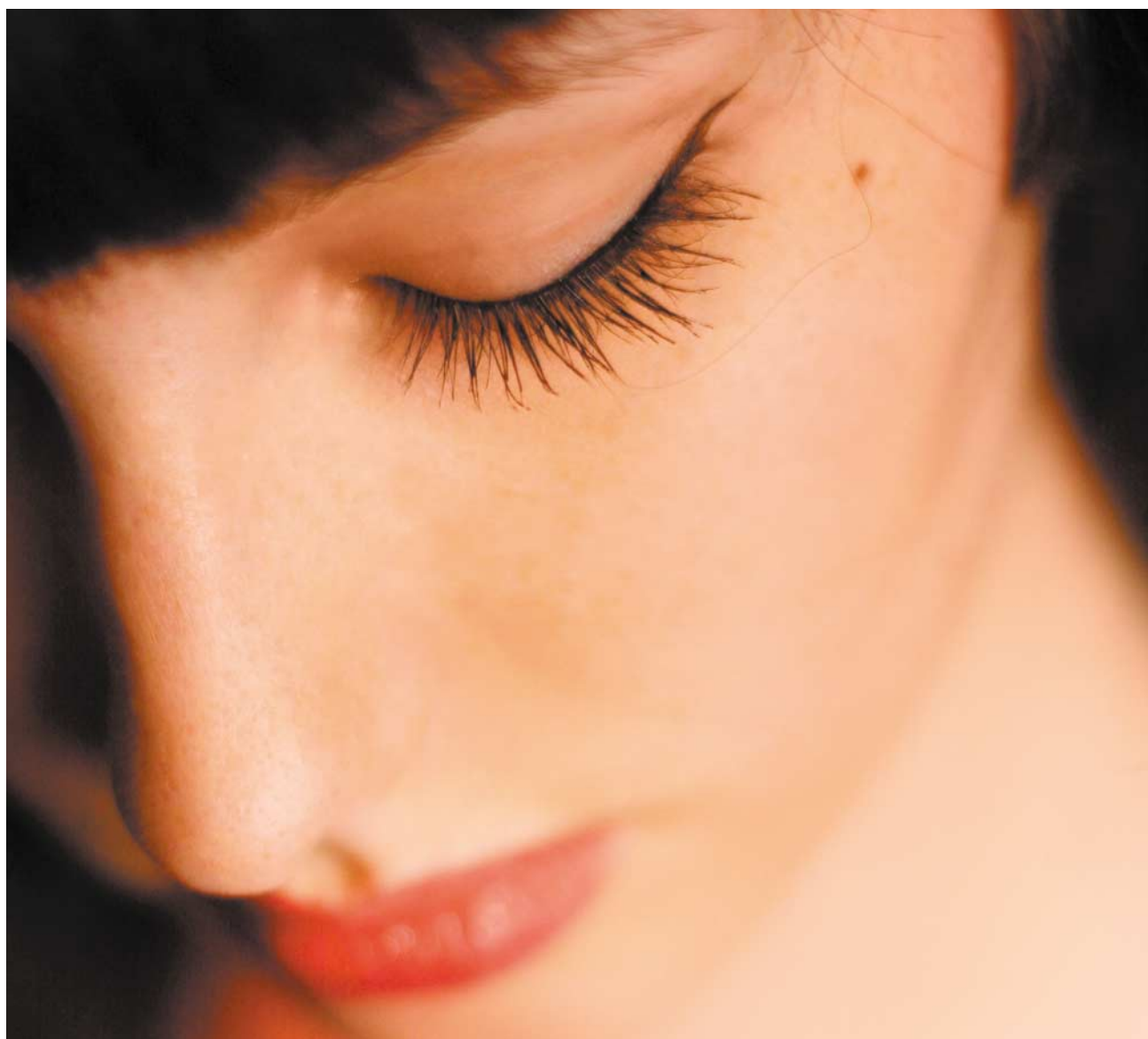
- Aumento da satisfacción das/os usuarias/os co servizo prestado.
- Diminución dos tempos de derivación.
- Mellora da satisfacción nas relacións sexuais.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-maio 2008: Elaboración da Guía Técnica de Atención Sanitaria ás Disfuncións Sexuais co consenso de todos os profesionais que asegure o nivel de calidade e a igualdade de prestación en todos os territorios.
- Feb. 2008-set. 2008: Implantación na primeira área.
- Out. 2008-dec. 2010: Implantación no resto das áreas.
- Xaneiro 2008-maio 2008: Plan de comunicación do cambio no servizo.
- Outubro 2007-feb. 2008: Establecemento do sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Definir unha guía de práctica clínica que asegure o nivel de calidade e igualdade do servizo e logre a igualdade na forma de prestar o servizo no territorio.
- Facilitar e fomentar o coñecemento e comprensión das disfuncións sexuais pola sociedade.
- Aumentar a formación dos profesionais sanitarios con respecto ás disfuncións sexuais.



## 14. PREVENCIÓN DAS INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

### Mellora da atención sanitaria das infeccións de transmisión sexual

#### Contexto

- As infeccións de transmisión sexual (ITS) son unha das principais causas de enfermidade aguda en todo o mundo.
- No Plan de Saúde 2006/2010 de Galicia están no grupo das enfermidades transmisibles, un dos nove problemas de saúde priorizados para o período. Tamén son relevantes nas ITS os importantes custos económicos e sociais.
- Os datos epidemiolóxicos coinciden en mostrar unha alta prevalencia. En Europa Occidental estímase que cada ano se orixinan preto de 100 novos casos de enfermidades de transmisión sexual (ETS) por cada 1.000 habitantes, e obsérvase unha tendencia a máis afectación en adolescentes e adultos novos, e sobre todo en mulleres activas sexualmente.
- En Galicia a actuación sanitaria está integrada nos niveis asistenciais xerais de Atención Primaria e Especializada, e detéctanse carencias importantes, principalmente na ausencia de protocolos que regulan e informatizan o diagnóstico, tratamento e circuito de derivacións.
- En Galicia no ano 2006 os casos atribuídos a transmisión heterosexual do SIDA en mulleres supuxo o 50% fronte ao 21% nos homes.

#### Misión obxectivo

- Mellorar a atención sanitaria das infeccións de transmisión sexual para diminuír a carga de enfermidade que provocan na poboación.

#### Obxectivos / indicadores

- Diminuír os casos de ITS na poboación.
- Diminuír a prevalencia de chlamydia trachomatis.
- Mellorar a satisfacción das persoas afectadas por unha ITS coa asistencia sanitaria prestada.
- Aumentar os coñecementos sobre riscos na poboación.
- Aumentar a utilización de medidas de protección contra as ITS.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-nov. 2007: Planificación das actividades de información e promoción da saúde.
- Xuño 2007-dec. 2008: Elaboración de materiais informativos e adquisición e distribución de medios preventivos.
- Xuño 2007-xuño 2008: Elaboración dunha Guía Técnica de diagnóstico e tratamento das ITS.
- Xul. 2008- 2010: Implantación da Guía Técnica en todo o Sistema Sanitario de Galicia.
- Xuño 2007-xuño 2008: Realización do Estudo de Prevalencia de Chlamydia Trachomatis.
- Xan. 2008-xuño 2008: Creación do sistema de avaliación do programa.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Elaboración de materiais informativos sobre ITS.
- Elaboración de materiais informativos sobre o fomento de preservativo masculino e feminino.
- Facilitar de xeito programado preservativos masculinos e femininos.
- Elaboración dunha Guía Técnica de diagnóstico e tratamento das ITS para homoxeneizar e mellorar a calidade da atención sanitaria.
- Realizar un estudo da prevalencia de chlamydia trachomatis para coñecer a prevalencia das ITS en Galicia.



## 15. VIOLENCIA DE XÉNERO

### Mellora da atención e asistencia sanitaria a mulleres vítimas de violencia de xénero

#### Contexto

- Tanto na prevención como na actuación ante a violencia de xénero, todas as administracións elaboraron tanto lexislación como documentos específicos.
  - Lei orgánica 1/2004. Liderada pola comisión técnica de interconsellerías.
  - Recomendacións do Programa de Actividades Preventivas e Promoción da Saúde (PAPPS).
  - "Abordaxe da violencia de xénero desde o ámbito sanitario" publicado pola Xunta de Galicia.
  - Protocolo común para a actuación sanitaria ante a violencia de xénero (Ministerio de Sanidade e Consumo).
- O sistema sanitario sempre actuou dende dous puntos de vista:
  - Atendendo á muller maltratada.
  - Asistindo á muller no inicio do proceso de denuncia.
- En gran parte dos casos non sempre están ben definidos nin os protocolos de actuación nin se coñecen en profundidade as posibles derivacións que hai que realizar.
- Tanto o profesional de Atención Primaria como as urxencias son elementos claves para a detección de casos de violencia de xénero.
- En moitos casos o maltrato produce síntomas que non sempre se relacionan con esa situación.

#### Misión obxectivo

- Mellorar o proceso de atención á muller vítima de violencia de xénero, a través de mellorar a detección precoz, atención da patoloxía física e psicoafectiva, facilitarlle a documentación clínica útil e en tempo para procesos xudiciais, e establecer a derivación e coordinación cos dispositivos de servizos sociais encargados da atención social destas mulleres.

#### Obxectivos / indicadores

- Nº de mulleres identificadas precozmente.
- Nivel de satisfacción co sistema sanitario das mulleres vítimas da violencia de xénero.
- % de partes de lesións cubertos de forma adecuada.
- Tempo de entrega da documentación clínica para trámites xudiciais.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-dec. 2007: Elaboración da guía de actuación (introdución en IANUS) co obxectivo de asegurar o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Outubro 2007-xuño 2008: Implantación na primeira área sanitaria.
- Xulio 2008-dec. 2009: Extensión ao resto de áreas.
- Xuño 2007-xan. 2008: Información e comunicación á sociedade.
- Outubro 2007-abr. 2008: Establecemento dun sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Propónse como obxectivo específico a detección da violencia de xénero. Para o que se desenvolverá unha guía que inclúa:
  - Patoloxías e procesos clínicos sentinelas.
  - Cuestionarios aplicables en caso de sospeita.
  - Criterios de valoración da urxencia.
- En canto ás actuacións de mellora da asistencia sanitaria prevense:
  - Trato específico para ese colectivo de mulleres (intimidade, confianza e respecto).
  - Atención rápida da problemática psíquica.
  - Cubrir exhaustivamente o parte de lesións.
  - Facilitar a información clínica necesaria para o proceso xudicial.
  - Sistematización das derivacións.
- Sensibilización dos profesionais sobre o impacto da violencia de xénero na saúde.



## 16. SAÚDE MENTAL E XÉNERO

### Mellora dos servizos de saúde mental dende a perspectiva de xénero feminino

---

#### Contexto

- No "Informe sobre a Saúde no Mundo. OMS. 2001. Saúde Mental: Novos coñecementos, novas esperanzas" as enfermidades mentais asóciáanse a unha forte carga de discapacidade e morbilidade.
- A "Declaración de Helsinki sobre saúde mental. Xaneiro 2005. OMS Europa" baixo o lema "Enfrontándose a desafíos. Construindo solucións", afirma que "non hai saúde sen saúde mental".
- Os médicos de Atención Primaria identifican arredor do 50% das persoas que teñen síntomas compatibles con trastornos mentais.
- Só dúas de cada cinco persoas que padecen síntomas compatibles co diagnóstico de trastorno mental acoden a solicitar axuda dos servizos de saúde mental.
- O Plan estratéxico de saúde mental de Galicia 2006-2011 recolle entre as prioridades, pola súa maior prevalencia, os trastornos como a depresión e a ansiedade e entre os grupos de maior risco están as mulleres.

#### Misión obxectivo

- Mellorar a saúde mental das mulleres galegas.

#### Obxectivos / indicadores

- Incrementar o número de mulleres que participan nos servizos/programas.
- Mellorar o nivel de saúde mental nas mulleres de Galicia.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xuño 2008: Crear un sistema de avaliación e coñecemento do nivel de saúde mental das mulleres en Galicia.
- Xuño 2007-nov. 2007: Creación dun programa específico de atención ás mulleres con depresión.
- Xan. 2008-xullo 2008: Implantación do programa na primeira área.
- Xullo 2008-xuño 2009: Implantación do programa no resto de áreas.
- Xullo 2007-xuño 2008: Deseño e implantación das accións para os cuidadores.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Incorporar programas específicos para mulleres con trastornos vinculados á idade (Alzheimer), vinculados ao parto/puerperio, e sobre todo un programa específico para a mellora do diagnóstico e tratamento dos trastornos adaptativos depresivo-ansiosos nas mulleres.
- Incorporar programas para coidadoras profesionais e non profesionais.
- Aumentar a sensibilidade e formación dos profesionais de saúde mental, e dos de atención primaria e especializada en perspectiva de xénero.





## 17. TRASTORNOS DA CONDUTA ALIMENTARIA

### Mellora da atención sanitaria dos trastornos de conduta alimentaria

---

#### Contexto

- Os trastornos de conduta alimentaria representan unha das patoloxías con máis crecemento nas mozas e está aumentando nos mozos.
- Existen claros desequilibrios territoriais no tratamento destas patoloxías.
- Non sempre se detecta coa rapidez necesaria para un efectivo tratamento e recuperación.
- Existe un claro descoñecemento social sobre esta patoloxía na sociedade.
- Faltan medios de apoio ás familias.

#### Misión obxectivo

- Diminuír a incidencia dos trastornos de conduta alimentaria mediante a prevención, e facilitar un tratamento rápido e efectivo para a redución da mortalidade e da discapacidade que poden producir.

#### Obxectivos / indicadores

- Redución da taxa de incidencia.
- Redución da taxa de mortalidade.
- Redución do tempo dende a detección ata o inicio do tratamento.
- Incremento do nº de centros educativos que participen no proxecto.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xan. 2008: Elaboración da guía de atención aos trastornos de conduta alimentaria (introdución en IANUS) co obxectivo de asegurar o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Feb. 2008-xuño 2008: Implantación na 1ª área sanitaria.
- Set. 2008-dec. 2009: Implantación no resto de áreas sanitarias.
- Xuño 2007-xuño 2009: Preparación de materiais e intervención na escola.
- Xaneiro 2008-dec. 2009: Intervencións de apoio ás afectadas e ás súas familias.
- Xaneiro 2008-dec. 2008: Plan de comunicación e sensibilización á sociedade.
- Xuño 2007-marzo 2008: Establecemento do sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Definir unha guía de práctica clínica que asegure o nivel de calidade e igualdade do servizo e logre a igualdade na forma de prestar o servizo no territorio.
- Establecer un sistema de prevención e detección precoz da enfermidade na escola colaborando coa Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.
- Intervencións a nivel familiar, mellorando a formación, a información e os apoios.
- Establécense un conxunto de medidas que permitan mellorar as condicións de vida das pacientes e das súas familias.
- Facilitar e fomentar o coñecemento e a comprensión da enfermidade pola sociedade.



## 18. PATOLOXÍA REUMATOLÓXICA

### Mellora da atención ás mulleres con patoloxía reumatolóxica

---

#### Contexto

- A porcentaxe de mulleres afectadas por patoloxías reumatolóxicas é moi superior á dos homes.
- Debido á maior esperanza de vida das mulleres, estas enfermidades teñen máis impacto nas mulleres.
- A fibromialxia é unha entidade clínica caracterizada pola dor crónica xeneralizada no aparello locomotor, cansazo intenso e alteracións do sono que impiden un descanso correcto da paciente. Pode ir asociada a outras manifestacións clínicas como: trastornos de ansiedade, síntomas depresivos e alteracións da esfera cognitiva. Non existe tratamento curativo polo que o cadro tende a facerse crónico. Recentemente demostrouse que a terapia física a base de exercicios dunha duración prolongada mellora a sintomatoloxía, a forma física e a calidade de vida.
- A calidade de vida das persoas afectadas por unha doenza reumatolóxica está comprometida e por iso fanse necesarias intervencións para mellorar o seu nivel de autonomía na realización de actividades da súa vida diaria.

#### Misión obxectivo

- Mellorar a autonomía nas actividades da vida diaria das mulleres con enfermidades reumatolóxicas e mellorar a saúde das mulleres afectadas por fibromialxia con exercicio físico.

#### Obxectivos / indicadores

- Mellorar a calidade de vida das enfermas.
- Lograr un alto nivel de participación de mulleres nos programas.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-feb. 2008: Elaboración dunha guía de diagnóstico e atención sanitaria ás afectadas por fibromialxia.
- Xuño 2007-sep. 2007: Creación do programa de exercicio físico para mulleres con fibromialxia.
- Xan. 2008-marzo 2008: Implantación na primeira área.
- Abril 2008-dec. 2008: Extensión ao resto de áreas.
- Xaneiro 2008-mar. 2008: Creación da guía de mellora da autonomía nas actividades diarias das mulleres con patoloxía reumatolóxica.
- Abr. 2008-dec. 2008: Implantación na primeira área.
- Dec. 2008-dec. 2009: Extensión ao resto de áreas.
- Xuño 2007-feb. 2008: Establecemento dun sistema de avaliación e seguimento

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Elaboración dunha guía autonómica de atención á fibromialxia que garanta unha homoxeneidade no diagnóstico e atención sanitaria ás afectadas.
- Creación dun programa específico para fomentar o exercicio físico nas mulleres afectadas por fibromialxia.
- Creación dun programa para mellorar a autonomía nas actividades da vida diaria para mulleres maiores afectadas por patoloxías reumatolóxicas.



## 19. PATOLOXÍAS CARDIOVASCULARES NAS MULLERES

### Mellora da atención sanitaria ás patoloxías cardiovasculares nas mulleres

#### Contexto

- En Galicia a enfermidade cardiovascular é a primeira causa de morte nas mulleres, e afecta en maior medida ao censo feminino que á poboación masculina, a pesar disto, as enfermidades vasculares e principalmente as afeccións coronarias séguense considerando características dos varóns.
- O coñecemento actual sobre as cardiopatías está baseado nos resultados das investigacións realizadas en pacientes varóns. Nos ensaios clínicos sobre a cardiopatía isquémica a taxa de inclusión de mulleres non supera o 20-30% en xeral, coa conseguinte dificultade de aplicar os resultados ás mulleres.
- Os síntomas "atípicos" son moito máis frecuentes nas mulleres.
- Nas mulleres, a enfermidade cerebro-vascular é aínda máis frecuente que a cardiopatía isquémica.
- Cada vez máis estanse a analizar as características específicas da muller en canto á enfermidade cardiovascular. Hai diferenzas probadas principalmente na muller con diabetes mellitus e con dislipemia, e compróbase que son máis vulnerables a presentar cardiopatía isquémica cós varóns.
- O coñecemento e os medios para unha atención específica á muller non sempre chegaron por igual a todos os profesionais e a todas as unidades territoriais.
- A muller galega non é consciente ou non percibe na súa xusta medida o seu risco cardiovascular.
- O diagnóstico da patoloxía cardíaca nas mulleres adoita ser tardío.

#### Misión obxectivo

- Diminuír a morbi-mortalidade cardiovascular nas mulleres.

#### Obxectivos / indicadores

- Reducir a morbi-mortalidade nas mulleres.
- Reducir o tempo dende o síntoma ata o tratamento.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xan. 2008: Elaboración da guía de atención cardiovascular na muller (introdución en IANUS) co obxectivo de asegurar o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Xan 2008-xuño 2008: Implantación na primeira área sanitaria.
- Set. 2008-dec. 2009: Implantación no resto de áreas sanitarias.
- Xaneiro 2009-dec. 2009: Plan de acción na escola.
- Xaneiro 2008-dec. 2008: Intervención na sociedade e na familia.
- Xuño 2007-marzo 2008: Establecemento dun sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Traballar coa información na escola para sensibilizar os nenos sobre "hábitos saudables".
- Transmitirlles ás mulleres galegas información sobre o seu risco cardiovascular.
- Traballar dende Atención Primaria a prevención a través do cálculo de risco cardiovascular na muller a partir da existencia de factores de risco, actuando como controladores da evolución e identificando de forma precoz os síntomas suxestivos de complicacións cardiovasculares.
- Formar e informar os profesionais de atención especializada sobre as guías de práctica clínica coas peculiaridades dos síntomas e tratamentos nas mulleres.



## 20. PATOLOXÍAS ENDOCRINOLÓXICAS

### Mellora da atención ás mulleres con patoloxía endocrinolóxica

#### Contexto

- O hipotiroidismo describe unha glándula tiroidea cunha actividade diminuída que produce concentracións baixas de hormonas tiroideas ("hipo" significa menos do normal). O hipotiroidismo afecta case ao 2% da poboación, e é moito máis común entre determinados grupos. Así, por exemplo, as mulleres son máis propensas ao hipotiroidismo cós homes, e a incidencia increméntase coa idade.
- Estímase que o 10% da poboación normal e o 20% das mulleres maiores padecen hipotiroidismo subclínico. Con frecuencia non se detecta esta enfermidade, xa que os síntomas son a miúdo imprecisos e inespecíficos. A causa máis común de hipotiroidismo é a tiroidite de Hashimoto: unha enfermidade tiroidea autoinmune na que o organismo desenvolve anticorpos que atacan e destrúen o tecido tiroideo.
- As enfermidades autoinmunes tiroideas, tanto a enfermidade de Graves Basedow como a tiroidite de Hashimoto, son frecuentes e afectan a máis do 2% da poboación. Ambas mostran unha marcada diferenza de xénero na súa prevalenza, de tal xeito que a prevalenza en mulleres é de 5 a 10 veces superior ca en homes. Presentan unha importante agregación familiar cun 40-50% dos pacientes con algún familiar afecto de patoloxía tiroidea, tamén con clara predominancia en mulleres.
- A oftalmopatía é unha complicación frecuente do hipertiroidismo de Graves Basedow, nun 5% destes pacientes, sobre todo mulleres, presentan complicacións orbitarias activas e progresivas que requiren múltiples tratamentos que inclúen inmunosupresores, cirurxía descompresiva ou radioterapia retro-orbitaria, para evitar un curso ominoso que pode conducir á cegueira. A diferenza doutras comunidades, o manexo da oftalmopatía distiroidea en Galicia é sub-óptimo, xa que se require alta especialización que non é cuberta de forma adecuada nas diferentes provincias galegas.
- A prevalenza da diabetes Mellitus(DM), especialmente a \*DM tipo 2, está alcanzando proporcións alarmantes en persoas obesas, nenos e adolescentes. Estímase que un 7% da poboación ten DM e, debido ao aumento da lonxevidade, é esperable que as complicacións asociadas coa DM se disparen nos próximos anos. Ademais calcúlase que máis do 15% dos pacientes con DM desenvolverán ao longo da súa evolución lesións nos seus pés, que a prevalenza das alteracións do pé na DM é de arredor dun 10%, corresponde o 2-10% a úlceras e no 2% amputación, que a mortalidade pericirúrxica é do 6% e a postoperatoria dun 50% aos tres anos, que (datos do 2007) ao longo de seis anos o 50% dos pacientes con amputación unilateral por isquemia crítica dun membro van desenvolver isquemia crítica, coa conseguinte amputación, no membro contralateral.
- As complicacións podolóxicas do paciente con diabetes Mellitus (DM), como se observa nas cifras, son moi frecuentes e con complicacións potencialmente devastadoras. A patoloxía do pé no paciente diabético se non se diagnostica e trata precozmente evoluciona de lesións cutáneas ou ungueais banais a úlceras e infeccións que progresan inexorablemente, sendo causa de múltiples hospitalizacións, amputacións de membros e mortes prematuras. Neste momento, o pé diabético e as súas complicacións constitúen un dos motivos principais de ingreso hospitalario e, dado que a incidencia da DM na poboación xeral é alta, é esperable que a prevalenza do pé diabético se multiplique, o que condicionará tanto custos directos atribuíbles ao tratamento como custos indirectos por perda de produtividade dado o seu potencial de invalidez. Independentemente dos custos, os problemas derivados do pé diabético representan un reto fundamental para a sanidade de proporcións crecentes. A OMS (1995) define o pé diabético como a síndrome resultante da interacción de factores sistémicos (anxiopatía, neuro-

patía e infección) e factores ambientais (modo de vida, hixiene, calzado) que van precipitar e a perpetuar as lesións. A detección precoz, a identificación dos factores patoxénicos implicados e a clasificación dos pacientes en categorías de risco, permitirá a instauración precoz de medidas preventivas e terapéuticas.

#### Misión obxectivo

- Mellorar a atención sanitaria ás mulleres afectadas por patoloxías endocrinolóxicas.

#### Obxectivos / indicadores

- Mellorar a satisfacción das usuarias co servizo prestado.
- Diminuír a porcentaxe de complicacións oftalmolóxicas na mulleres afectadas por hipertiroidismo de Graves Basedow.
- Diminuír o número de amputacións de membros inferiores en pacientes diabéticos.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-feb. 2008: Elaboración dunha guía de diagnóstico e atención sanitaria ás afectadas por patoloxía endocrinolóxica.
- Xuño 2007-feb. 2008: Creación dun programa específico para atención á oftalmopatía derivada do hipertiroidismo de Graves Basedow.
- Marzo 2008-set. 2008: Implantación do programa na primeira área sanitaria.
- Set. 2008-dec.2009: Extensión ao resto de áreas.
- Xuño 2007-feb. 2008: Creación dun programa para mellorar a prevención e o tratamento das complicacións podolóxicas do paciente con "diabetes Mellitus".
- Mar. 2008-dec.2008: Implantación na primeira área sanitaria.
- Dec. 2008-dec. 2009: Extensión ao resto de áreas.
- Xuño 2007-feb. 2008: Establecemento dun sistema de avaliación e seguimento.

### FEITOS DIFERENCIAIS

- Elaboración dunha guía autonómica de atención ás mulleres con patoloxías endocrinolóxicas.
- Creación dun programa específico para atención á oftalmopatía derivada do hipertiroidismo de Graves Basedow.
- Creación dun programa para mellorar a prevención e o tratamento das complicacións podolóxicas do paciente con "diabetes Mellitus", mellorando os coñecementos sobre o coidado dos pés no paciente diabético, especialmente naqueles con alto risco para úlceras. A través de proxectos educativos en grupo e un total de sete sesións de dúas horas. Tamén se fará un aumento da formación dos profesionais sanitarios de Atención Primaria e endocrinólogos na detección de factores de predisposición.
- Adecuación dos servizos de endocrinoloxía á maior prevalenza de mulleres usuarias destes.





## 21. EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

### Promoción da educación afectivo-sexual

---

#### Contexto

- A educación afectivo-sexual practicamente desapareceu do sistema educativo e os contidos redúcense aos aspectos da anatomía e da bioloxía, resultando insuficientes para axudar as mozas e mozos a entender o mundo afectivo-sexual. Os grupos de expertos identifican que malia aumentar o nivel de información e coñecemento, as condutas afectivo-sexuais nos adolescentes poden ser melloradas e reforzadas introducindo outras dimensións coma a construción da identidade persoal, a cuestión emocional, a igualdade de xénero e a vivencia do corpo no seu conxunto, previndo a violencia, o sexismo, a homofobia e aceptando a diversidade.
- Dende o punto de vista da atención sanitaria só é posible prever as patoloxías asociadas a condutas inadecuadas traballando dende a formación das persoas, dende a súa educación e dende a xeración de hábitos saudables.
- Diferentes accións puxéronse en marcha no tempo pero sempre houbo falta de continuidade e implicación de todas as partes interesadas.

#### Misión obxectivo

- Comunicar e incrementar as condutas saudables afectivo-sexuais nos escolares de educación infantil, primaria, secundaria e bacharelato, dende unha perspectiva de igualdade de xénero e de respecto entre todas as persoas para conseguir que a xuventude galega teña unha vivencia da sexualidade satisfactoria e responsable.

#### Obxectivos / indicadores

- N° de centros que participan no programa.
- N° de alumnos que participan no programa.
- Mellora de hábitos.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-abril 2008: Deseño da política afectivo-sexual básica.
- Xaneiro 2008-xullo 2008: Xeración e implantación de medios e materiais.
- Xaneiro 2008-set. 2008: Integración dos materiais no portal educativo.
- Xaneiro 2008-set. 2008: Deseño e planificación do premio á innovación educativa.
- Set. 2008-dec. 2009: Formación de profesores e inicio de formación a alumnos.
- Xaneiro 2009-xuño 2009: Primeiros premios á innovación educativa na conduta afectivo-sexual.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Definirase "a política afectivo-sexual básica". Un equipo "profesional" definirá as liñas básicas dunha conduta afectivo-sexual adecuada.
- Xeraranse os medios e soportes necesarios para o programa, de maneira que non se basee só no esforzo persoal de profesores e profesionais sanitarios.
- Formar as persoas responsables de interactuar coa mocidade.
- Facilitar toda a información e materiais didácticos a través da web Valora-Saúde do portal educativo.
- Creación dun premio para a promoción de innovación educativa en materia afectivo-sexual.



## 22. DROGAS

### Mellora na prevención do consumo de drogas nas mulleres

---

#### Contexto

- A estratexia sobre drogas da Unión Europea 2005-2012 e o seu plan de acción 2005-2008 subliñan a necesidade de poñer máis atención nas cuestións específicas do xénero, centrándose na muller.
- As mulleres están adoptando os mesmos patróns de consumo cós homes e no caso das adolescentes incorpóranse factores sociais, psicolóxicos e persoais.
- Nun recente estudo promovido pola OMSponse de manifesto que o consumo de alcohol en mulleres crece, sendo a proporción de mulleres que bebe abusivamente superior no grupo de idade de 18 a 24 anos que a dos homes. Esta tendencia maniféstase tamén no caso de consumo de cannabis, e outras sustancias como a cocaína e outras drogas de síntese.
- Na situación actual pódese mellorar a continuidade nas accións e facilitar a accesibilidade das familias.
- O Plan de Galicia sobre drogas 2007-2009 identifica a problemática que representa a crecente presenza de mulleres consumidoras de tabaco, alcohol e outras drogas entre os grupos de idade máis novos.

#### Misión obxectivo

- Romper a tendencia do uso indebido de drogas nas mulleres, actuando sobre as pautas de consumo e reducindo a evolución do consumo.
- Establecer un programa de prevención do consumo de drogas nas mulleres.
- Elaboración e implantación dun protocolo asistencial enfocado á muller.
- Fomentar o coñecemento do uso e abuso das drogas nas mulleres.

#### Obxectivos / indicadores

- Redución do consumo en mulleres.
- Satisfacción coa atención sanitaria prestada ás mulleres.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xan. 2008: Elaboración da Guía sobre muller e drogas.
- Xan. 2008-dec. 2009: Plan de prevención e sensibilización.
- Xuño 2007-marzo 2008: Elaboración de protocolo de intervención asistencial (introdución en IANUS) co obxectivo de asegurar o nivel de calidade e a igualdade na prestación do servizo en todo o territorio.
- Xan. 2008-xuño 2008: Implantación do protocolo asistencial.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Establecer un programa de prevención do consumo de drogas nas mulleres.
- Elaboración e implantación dun protocolo asistencial enfocado á muller.
- Fomentar o coñecemento do uso e abuso das drogas nas mulleres.



## 23. ACTIVIDADE FÍSICA

### Promoción da actividade física para as mulleres

---

#### Contexto

- A OMS no seu "Informe sobre a saúde no mundo. 2002" estima que os estilos de vida sedentarios son unha das 10 causas fundamentais de mortalidade e discapacidade no mundo.
- Mentres que os homes dedican unha media de 2 horas e 14 minutos diarias a deportes e actividades ao aire libre, as mulleres soamente dedican 1 hora e 40 minutos. (Enquisa de emprego de tempo 2002-2003 IGE. 2005).
- A actividade física máis habitual entre as mulleres é a de camiñar. Camiñan o 64,5% das mulleres que realizan actividade física. (Enquisa de saúde en Galicia. Consellería de Sanidade 2005).
- As mulleres presentan diferenzas en canto á masa muscular, o propio deseño musculoesquelético, a proporción e distribución de tecido adiposo e maior incidencia en enfermidades cardiovasculares, artrite, osteoporose. Estes feitos unidos a factores de índole social e psicolóxica xustifican o deseño e a programación do exercicio físico dende unha necesaria perspectiva de xénero.

#### Misión obxectivo

- Incrementar o número de mulleres que realizan exercicio físico.
- Aumentar o tempo dedicado cada día ao exercicio físico.
- Adecuar a actividade física das mulleres ao seu ciclo vital.

#### Obxectivos / indicadores

- Incrementar un 10% (pasar do 66,1% das mulleres ao 76,1%) en seis anos a porcentaxe de mulleres que realizan actividade física.
- Aumentar ata as 2 horas de dedicación (pasar de 1 hora 40 minutos a 2 horas) a actividade física das mulleres en seis anos.
- Lograr que o 80% das mulleres galegas coñezan o plan de promoción da actividade física para a muller en función do seu ciclo vital ou das patoloxías e síntomas.

#### Accións e planificación

- Xullo 2007-maio 2008: Plan de Comunicación ás mulleres e á familia sobre a necesidade e o beneficio da actividade física.
- Xuño 2007-dec. 2008: Formación e información a profesionais sobre a necesidade e a forma de aconsellar o exercicio físico ás mulleres en función do seu ciclo vital e as súas patoloxías.
- Xuño 2007-dec. 2008: Establecer convenios de colaboración e incentivación con concellos e outras organizacións que faciliten medios de acceso á actividade física das mulleres que se adapten ás súas necesidades sociais.
- Xan. 2008-dec. 2009: Elaboración do mapa de situación da actividade física da muller en Galicia, como sistema de avaliación e mellora.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Elaborarase un protocolo de actuación que defina en función do ciclo vital da muller o exercicio físico que debe realizar.
- Informaranse as mulleres sobre como e onde realizar o exercicio físico.
- Formaranse os profesionais de Sanidade na prescrición adecuada do exercicio físico.
- Estableceranse acordos e sistemas de incentivación ás asociacións, concellos, etc. que os anime a realizar programas de actividade física para a muller.
- Elaborarase un "mapa da condición física da muller en Galicia" como elemento de avaliación e mellora.



## 24. NUTRICIÓN NA MULLER

### Promoción dunha alimentación saudable nas mulleres

---

#### Contexto

- A nutrición da muller debe estar protexida de xeito adecuado durante todo o ciclo de vida, xa que favorecerá o correcto crecemento e desenvolvemento da muller e a súa descendencia.
- Evidénciase que as enfermidades vinculadas á alimentación presentan unha prevalencia significativamente maior na muller. Enfermidades crónicas, obesidade, representan claros exemplos da necesidade do desenvolvemento de actividades de prevención e promoción da saúde a través dunha nutrición saudable.

#### Misión obxectivo

- Mellorar a alimentación das mulleres e diminuír as patoloxías asociadas a unha mala nutrición, tanto nas mulleres como na súa descendencia.
- Fomentar o desenvolvemento e a adquisición de patróns alimentarios saudables.

#### Obxectivos / indicadores

- Reducir a porcentaxe de obesidade nas mulleres por tramos de idade en seis anos.
- Incrementar a porcentaxe de mulleres con alimentación adecuada ao seu ciclo vital.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-abr. 2008: Elaboración da guía de nutrición da muller de acordo ao seu ciclo vital.
- Xan. 2008-out. 2008: Plan de comunicación ás mulleres dos hábitos de alimentación saudables.
- Xan. 2008-dec. 2008: Información, formación e dotación de medios á Atención Primaria para o liderado do plan de nutrición na muller.
- Xan. 2008-dec. 2008: Promoción de grupos de educación para a saúde no ámbito de promoción dunha nutrición saudable para mulleres.
- Xan. 2008-dec. 2009: Valoración do estado nutricional da muller en Galicia e establecemento dun sistema de avaliación e seguimento.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Elaboración dunha guía alimentaria para a muller, que recolla as necesidades de nutrición nos diferentes ciclos de vida.
- Plan de comunicación de hábitos nutricionais saudables.
- Fomentar e informar os profesionais de Atención Primaria en hábitos nutricionais e facilitarles os medios materiais para que actúen como "mobilizadores" da cultura da nutrición adecuada e saudable.
- Avaliación do estado nutricional das mulleres en Galicia.





## 25. CANCRO CÉRVIX

### DetECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE COLO DE ÚTERO

#### Contexto

- Os resultados dunha enquisa de poboación sobre cribado do cancro de cérvix, permitiron coñecer:
  - Ao 75,6% de mulleres con relacións sexuais coitais practicóuselles unha citoloxía dentro dos 3 últimos anos. Esta cobertura achégase á óptima, aínda que hai unha gran variabilidade por CC.AA.
  - Definiuse un perfil de muller con dificultades de acceso á citoloxía: máis de 55 anos, rural, segmento social menos favorecido e vivir en determinadas CC.AA.
  - Identificouse un perfil de muller que sobreutiliza as citoloxías: entre 25 e 40 anos, clase social media/media-alta e residencia en áreas metropolitanas.
  - O uso medio inadecuado das citoloxías (mulleres sen relacións sexuais coitais) da citoloxía é do 20,7% e incrementase coa idade.Estes datos son consistentes co feito de que a actividade de cribado de cancro de cérvix en España é oportunista. Esta estratexia penaliza a equidade, é dificilmente eficaz e é claramente ineficiente.
- O estudo Afrodita avalía o coñecemento das mulleres sobre a infección polo virus do papiloma humano VPH. É destacable que un 64,1% das mulleres non cren que unha infección por VPH constitúe un factor de risco para desenvolver cancro de colo de útero, así como un 80,3% non relaciona a promiscuidade sexual cunha conduta de risco.
- O 36% das citoloxías realízanse en consulta privada e o 64% na pública. O 90% das citoloxías son practicadas por xinecólogos e só o 2% por médicos de familia.
- A baixa incidencia/mortalidade de cancro invasor de cérvix fai que o esforzo organizativo dun programa de poboación pareza pouco eficiente, polo que se propón unha estrutura mixta de cribado: oportunista con sistemas de captación de mulleres non cribadas.

#### Misión obxectivo

- Elaborar e implantar un programa institucional mixto (ocasional e de poboación) de detección precoz do cancro de cérvix, realizado por Atención Primaria e diminuír a morbi-mortalidade ocasionada por esta patoloxía.

#### Obxectivos / indicadores

- Diminuír a mortalidade por cancro de cérvix.
- Alcanzar unha cobertura de poboación do 75%.
- Realizar a proba de citoloxía en Atención Primaria en máis do 60% dos casos.
- Reducir o uso inadecuado das citoloxías.
- Alcanzar os niveis de calidade propostos pola guía europea.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-xuño 2008: Elaboración das guías e protocolo do programa.
- Feb. 2008-maio 2008: Plan de comunicación sobre a indicación de revisión xinecolóxica.
- Xan. 2008-set. 2008: Elaboración do sistema de información, xestión e calidade do programa.
- Xan. 2008-xul. 2009: Implantación do programa na 1ª área.
- Xul. 2009-dec. 2010: Implantación no resto de áreas.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Será un programa mixto (ocasional e de poboación).
- Formaranse e informaranse as mulleres sobre o cancro de colo de útero para que poidan decidir sobre a súa saúde con información.
- Proporcionaranse no ámbito de Atención Primaria a formación e o adestramento para as/os profesionais que realicen a toma de citoloxías, así como os medios necesarios para que poidan abordar o programa e asegurar a súa fiabilidade e calidade.
- Definición da estratexia autonómica de vacinación fronte ao papilomavirus, como instrumento de prevención primaria de cancro de cérvix, e inclusión no calendario oficial de vacinacións, de acordo cos criterios técnicos establecidos no Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde.
- Racionalización do cribado actual con revisións xinecolóxicas cunha periodicidade acorde á idade e factores de risco, diminuindo as revisións oportunistas en mulleres asintomáticas.
- Mellorar o manexo das mulleres con lesións citolóxicas.



## 26. CANCRO DE MAMA

### Mellora do programa de detección precoz do cancro de mama

---

#### Contexto

- A Consellería de Sanidade, en colaboración coa Asociación Española contra o Cancro, puxo en marcha en 1992 o Programa galego de detección precoz de cancro de mama.
- No ano 1998 cubriuse o 100% da poboación obxectivo.
- O programa comezou co grupo de idade de 50 a 64 anos. No ano 2009 chegarase aos 69 anos.
- En España no ano 2003 un 87,80% das mulleres con idades entre 50 e 64 anos fixera unha mamografía e destas o 93,3% os últimos 3 anos. En Galicia ao 94,5% da mulleres realizáronlles mamografías e destas ao 95,9% realizáronlles nos últimos tres anos.
- Estanse realizando un número excesivo de mamografías en mulleres non sintomáticas, tanto de idade inferior aos 50 anos como en mulleres que están dentro da poboación diana, estando a crear sobrecargas nos Servizos de Radiodiagnóstico, así como fortes demoras asistenciais para o diagnóstico de mulleres sintomáticas.
- A supervivencia das mulleres diagnosticadas no programa é superior ás diagnosticadas á marxe del.
- A lista de espera para o diagnóstico é moi variable por centros e moi mellorable.
- A tecnoloxía permite identificar persoas con predisposición hereditaria, o que facilitaría a detección e rápida derivación.

#### Misión obxectivo

- Mellorar o programa de cancro de mama para diminuír a mortalidade prematura por cancro de mama.

#### Obxectivos / indicadores

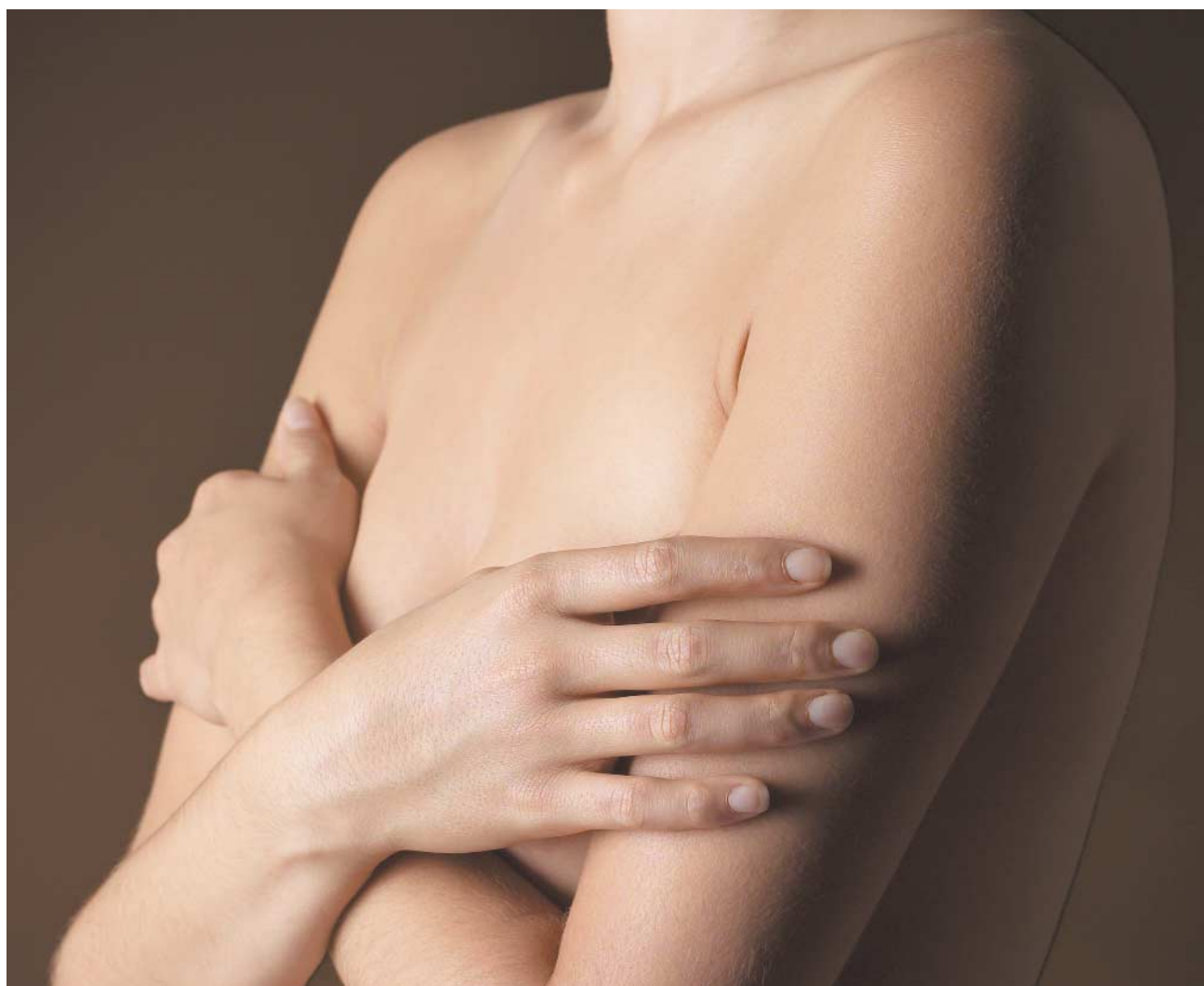
- Diminuír a demora no diagnóstico.
- Aumentar a derivación de primaria ao programa.
- Diminuír o % de mulleres en seguimento hospitalario.
- % de implantación do proceso asistencial para os cancros hereditarios/familiares.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-dec. 2009: Extensión do programa aos 69 anos.
- Out. 2007-dec. 2008: Plan de redución da demora para o diagnóstico.
- Xuño 2007-dec. 2008: Mellora do proceso actual do cancro de mama.
- Xuño 2008-dec. 2009: Creación do programa para o cancro hereditario.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Mellora dos tempos de demora para o diagnóstico.
- Incrementa o servizo aos 69 anos.
- Diminución do % de mulleres que quedan en seguimento hospitalario.
- Establece un proceso asistencial para os cancros hereditarios/familiares a través da indicación dun estudo xenético para persoas con alto risco.
- Establece un sistema de derivacións ás Unidades de Consello Xenético para a área de cancro de mama.



## 27. PARTICIPACIÓN INTERNA. VIOLENCIA

### Protección integral das vítimas da violencia contra as mulleres traballadoras no Sistema Sanitario de Galicia

---

#### Contexto

- O 73% dos traballadores da Consellería de Sanidade son mulleres.
- Segundo os datos do Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais o 85% das denuncias por malos tratos producidos pola parella ou ex-parella durante o ano 2006 foron presentadas por mulleres.
- A muller traballadora do Sistema Sanitario Público de Galicia pasa unha parte importante do seu tempo traballando e colaborando na organización.

#### Misión obxectivo

- Adoptar as medidas necesarias para que as mulleres traballadoras do Sistema Sanitario Público de Galicia poidan facer efectivo o seu dereito á asistencia social integral, sentíndose protexidas pola organización.

#### Obxectivos / indicadores

- Nivel de satisfacción das vítimas coas medidas adoptadas.
- Cumprir os prazos propostos na introdución das medidas.
- Nº de solicitudes de aplicación de medidas.

#### Accións e planificación

- Os prazos de execución deste proxecto iníciáanse a partir da data de publicación da reforma da Lei da función pública de Galicia.
  - 4 meses: Definición das medidas que hai que aplicar.
  - 3 meses: Consenso entre a administración e os sindicatos.
  - 6 meses: Elaboración das normativas.
- En paralelo coa normativa realizaranse dúas tarefas:
  - 7 meses: Sistema de avaliación e seguimento.
  - 4 meses: Elaboración do plan de comunicación do proxecto.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Aplicación inmediata e efectiva das medidas de protección integral de vítimas da violencia de xénero contidas na lei orgánica e na reforma de función pública de Galicia.
- Faise efectivo o dereito preferente na provisión de postos de traballo dos profesionais vítimas da violencia de xénero.
- Extensión a todos os profesionais da Consellería de Sanidade de todas as medidas que se habiliten para a asistencia sanitaria e o apoio das vítimas da violencia de xénero.
- Formación específica aos asesores confidentiais en materia de violencia laboral no marco do Plan xeral de prevención da violencia nos lugares de traballo do Servizo Galego de Saúde.



## 28. PARTICIPACIÓN INTERNA. CONCILIACIÓN

### Medidas para a conciliación da vida doméstica-familiar e da vida laboral

---

#### Contexto

- O 73% dos traballadores de Sanidade son mulleres.
- Segundo a enquisa de clima laboral realizada aos traballadores do Sistema Sanitario Público de Galicia, unha gran parte das mulleres traballadoras ademais deben ocuparse do "traballo" na casa.
- As mulleres son as principais coidadoras da familia.

#### Misión obxectivo

- Aplicar medidas que faciliten a conciliación fogar-familia-traballo ás traballadoras do Sistema Sanitario Público de Galicia.

#### Obxectivos / indicadores

- Incremento de espazos de garderías.
- Aumentar a satisfacción das mulleres do Sistema Sanitario Público de Galicia coas medidas de conciliación.
- Diminuír o nº de traballadores con problemas de conciliación.

#### Accións e planificación

- Este proxecto iníciase a partir da publicación da reforma da Lei da función pública de Galicia e terá os seguintes prazos:
  - 5 meses: Elaboración das medidas que hai que aplicar.
  - 3 meses: Consenso das medidas entre administración e sindicatos.
  - 6 meses: Elaboración dos procedementos e normativa operativa.
- En paralelo con estas actividades realizarase:
  - 7 meses: sistema de avaliación e seguimento.
  - 7 meses: plan de comunicación do proxecto.
- Ademais prevense as seguintes accións:
  - Xuño 2007-out. 2008: Deseño das instalacións para as garderías.
  - Out. 2007-marzo 2008: Plan de incorporación das garderías aos plans funcionais en curso.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Habilitar espazos para garderías.
- Elaboración dun procedemento de mobilidade por razón de saúde de familias segundo o establecido no artigo 35 do decreto 206/2004 de provisión de prazas do Servizo Galego de Saúde.
- Investigación da influencia do xénero na carga de traballo.
- Análise de todas as medidas de conciliación nas comisións de seguimento de carácter paritario, que se constitúan para tal fin na Consellería de Sanidade e no Servizo Galego de Saúde no marco deste proxecto.
- Inclusión de medidas incorporadas na lei orgánica e na reforma da Lei da función pública de Galicia, en temas referidos a:
  - Redución de xornada.
  - Permisos de maternidade.
  - Permiso para adopcións.
  - Permisos para fecundación asistida.
  - Habilitación de lugares de repouso.





## 29. PARTICIPACIÓN INTERNA. IGUALDADE

### Medidas para a igualdade de trato e oportunidades

---

#### Contexto

- O recoñecemento da igualdade entre homes e mulleres aínda que está recoñecido por lei non se materializa na experiencia real e diaria.
- Tanto na vida pública como empresarial, a representación das mulleres sempre é inferior ao papel que en xustiza lles corresponde.
- En Sanidade, malia que o 73% das traballadoras son mulleres, a porcentaxe de directivas non se achega ao 50%.
- Os postos na administración teñen denominación de xénero masculino.

#### Misión obxectivo

- Aplicar medidas que contribúan a reducir as diferenzas de xénero no trato e nas oportunidades entre os homes e as mulleres do Sistema Sanitario Público de Galicia.

#### Obxectivos / indicadores

- Alcanzar un 40% de mulleres en cargos de responsabilidade no Sistema Sanitario Público de Galicia.
- Cambiar a nomenclatura de todas as categorías profesionais.
- O 100% dos temarios de probas selectivas incluírán temas relativos á normativa vixente en materia de igualdade de xénero.
- Obterase a "Marca galega de excelencia en igualdade".
- O 100% das campañas divulgativas da consellería incorporan a perspectiva de xénero feminino.

#### Accións e planificación

- Xuño 07-xuño 08: definición de medidas que hai que adoptar coa achega de expertos.
- Xuño 08-dec. 08: elaboración da normativa necesaria.
- Xaneiro 09: implantación da normativa.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Impulsa a redución da diferenza entre homes e mulleres en cargos directivos do Sistema Sanitario Público de Galicia.
- Inclúe temas de xénero nos temarios de probas selectivas.
- Proponse controlar a perspectiva de xénero en todas as campañas divulgativas.
- Fomentárase a inclusión da variable de sexo en todos os informes de Recursos Humanos.
- Aumentárase a formación de saúde laboral e prevención de riscos dende a perspectiva de xénero.
- Incluírase unha nova nomenclatura das categorías profesionais do Sistema Sanitario Público de Galicia con perspectiva de xénero feminino.
- Poñeranse os medios necesarios para obter a "Marca galega de excelencia en igualdade".



## 30. PARTICIPACIÓN SOCIAL

### Participación social na mellora do estado da saúde da muller

---

#### Contexto

- A administración lexislou frecuentemente co ánimo de conseguir a participación activa e real da cidadanía nos servizos públicos.
- A Lei xeral de sanidade, no seu artigo 53.1 establece que "as comunidades autónomas axustarán o servizo das súas competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de todos os interesados", "Crearase o Consello de Saúde da Comunidade Autónoma".
- En Galicia créase o Consello Galego de Saúde que é o principal órgano colexiado de participación comunitaria no sistema sanitario de Galicia, ao que lle corresponde o asesoramento da Consellería de Sanidade na formulación da política sanitaria e no control da súa execución.

#### Misión obxectivo

- Colaborar cos movementos asociativos de mulleres facilitando o traballo conxunto pola saúde das mulleres.

#### Obxectivos / indicadores

- N° de asociacións na base de datos.
- N° de programas ou servizos nos que participan as asociacións.
- Satisfacción das asociacións coas iniciativas.
- Nivel de calidade dos servizos prestados colaborando coas asociacións.

#### Accións e planificación

- Xullo 2007-dec. 2007: Creación de base de datos de asociacións.
- Dec. 2007-xullo 2008: Establecemento de canles bidireccionais con asociacións e páxina web da muller.
- Dec. 2007-dec. 2008: Definición dos criterios de colaboración e mellora da calidade.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Búscase a máxima participación posible.
- Estableceranse novas canles de comunicación coas asociacións e as mulleres.
- Apóíase o movemento asociativo das mulleres.
- Crearanse canles de participación para mulleres non asociadas.
- Crearase unha base de datos de asociacións implicadas na mellora da saúde das mulleres e os servizos que poden prestar.
- Activarase e potenciarase a páxina web da muller.
- Fomentarase a mellora da calidade dos servizos que presten as asociacións.
- Crearanse grupos focais de mulleres non asociadas para que valoren e proporcionen a súa visión sobre a sanidade.
- Estableceranse para as asociacións os sistemas de acceso á formación continuada facilitada pola consellería.
- Defínense os criterios de colaboración estable coas asociacións que faciliten o traballo a medio e longo prazo.
- Faránselles enquisas de satisfacción ás asociacións.



## 31. XESTIÓN DO COÑECEMENTO

### Coordinación e xestión do coñecemento no Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia

---

#### Contexto

- O Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia incorpora máis de 30 proxectos interrelacionados.
- Para a realización dos proxectos é necesario asegurar unha correcta coordinación, así como facilitar unha adecuada comunicación e extensión das accións.
- É necesario manter unha avaliación continuada dos proxectos.
- A inclusión da perspectiva de xénero feminino na Consellería de Sanidade fai necesario intervir en proxectos, investimentos, servizos, infraestruturas e orzamentos.

#### Misión obxectivo

- Facilitar a consecución dos obxectivos do plan coordinando e xestionando de forma adecuada os recursos.

#### Obxectivos / indicadores

- Lograr que os proxectos cumpran os seus prazos e obxectivos.
- Informar o comité técnico cada tres meses.
- Desenvolver as accións en prazo.

#### Accións e planificación

- Xuño 2007-out. 2007: Creación do sistema de xestión das guías técnicas.
- Dec. 2007-dec. 2009: Creación e implantación das enquisas de satisfacción.
- Xullo 2007-feb. 2008: Inclusión dos obxectivos do plan nos obxectivos das diferentes áreas.
- Out. 2007-nov. 2008: Creación dun premio ás mellores prácticas na atención á muller.
- Nov. 2007-feb. 2008: Creación do sistema integrado de información do plan.
- Xullo 2007-out. 2007: Creación do sistema de supervisión dos novos plans funcionais para incorporar os requirimentos do Plan da muller.
- Set. 2007-dec. 2008: Crear e implantar as accións de mellora de accesibilidade e de atención sanitaria para todas as usuarias con necesidades especiais.
- Nov. 2007-xullo 2008: Crear o sistema de coordinación de xestión económica dos proxectos.
- Xullo 2007-out. 2007: Elaborar o plan de comunicación global.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Establécese un "formato homoxéneo" para as guías de atención co obxectivo de unificar os contidos e asegurar os niveis de calidade.
- Establécese un sistema de transmisión e intercambio de información.
- Establécese un sistema de avaliación global do plan.
- Xestionaranse as enquisas de satisfacción das mulleres dos diferentes proxectos.
- Promóvese a correcta inclusión dos obxectivos do plan nos obxectivos das áreas.
- Créase un sistema de información integrado do plan.
- Supervísase a inclusión da variable sexo nas estatísticas do sistema sanitario galego.
- Xérase un premio ás boas prácticas asistenciais á muller.
- Créase un sistema de supervisión dos plans funcionais para que respecten os criterios establecidos no plan.
- Desenvolve un plan de mellora da accesibilidade e as condicións de atención para todas as usuarias con necesidades especiais.
- Crea un sistema de coordinación da xestión económica do plan así como a promoción dun orzamento con perspectiva de xénero feminino.
- Desenvolve o plan de comunicación global.



## 32. INVESTIGACIÓN CON PERSPECTIVA DE XÉNERO

### Apoio á introdución e extensión da perspectiva de xénero na investigación

#### Contexto

- A investigación médica e as probas clínicas para os medicamentos novos foron moi criticadas durante o último decenio pola súa falta xeral dunha perspectiva de xénero (Mastroianni et al., 1994). Os problemas de saúde que afectan de xeito particular ou predominante ás mulleres recibiron menos atención e fondos que a investigación sobre os problemas de saúde máis prevalentes entre os homes. As consecuencias de interpretar os resultados de investigación baseados no estudo de modelos masculinos, e sen probas convincentes da súa aplicabilidade ás mulleres, seguen sendo prexudiciais para elas (Hammarström et al., 2001). As evidencias mostran que a tecnoloxía diagnóstica, o tratamento das enfermidades e os programas de rehabilitación non se adaptan ás características e necesidades específicas das mulleres en xeral e, moito menos, ás mulleres en situacións vulnerables polas circunstancias socioeconómicas ou antecedentes culturais.
- En Galicia a carga de enfermidade presenta unha clara diferenza de xénero, entre os homes a isquemia cardíaca, o abuso de alcohol, o cancro de pulmón e a depresión son as principais patoloxías. Pola súa parte, entre as mulleres sono a depresión, as demencias, as perdas de audición e a enfermidade cerebrovascular.
- Por outra banda, dos investigadores con produción científica no período 2000-2006 as mulleres representan un 39%. Claramente queda moito por facer para eliminar o corte de xénero, intencional ou non, da investigación en saúde. Mentres persista a situación actual, deberán tomarse outras medidas de salvagarda para lograr avanzar cara á equidade de xénero na investigación, tanto nos temas abordados como na participación de mulleres nos equipos investigadores.

#### Misión obxectivo

- Potenciar a investigación con perspectiva de xénero. Procurar estratexias que eviten o corte de xénero na investigación en saúde.

#### Obxectivos / indicadores

- Participación de investigadoras nos equipos de investigación. Incremento respecto ao período anual previo.
  - Como colaboradoras
  - Como directoras de proxectos
- Número de investigadoras que se incorporan anualmente a bolsas ou postos de investigación no sistema sanitario e organismos de investigación en Galicia. Ratio mulleres / homes.
- Porcentaxe de proxectos de investigación presentados a convocatorias de financiamento que abordan aspectos relativos a xénero e saúde, respecto do total de proxectos.
- Porcentaxe dos ensaios clínicos totais activos durante cada ano que inclúen unha análise por xénero.
- Porcentaxe de ensaios clínicos nos que se aborda algunha das patoloxías máis prevalentes na muller.

#### Accións e planificación

- Maio 2007. Inicio do proxecto. Constitución do grupo de traballo.
- Decembro 2007. Presentación dos resultados da análise de situación en Galicia sobre: participación da muller na investigación e xeración de coñecemento con perspectiva de xénero.
- Decembro 2008. Avaliación anual de cumprimento e presentación do informe correspondente.
- Decembro 2009. Avaliación do proxecto.

## FEITOS DIFERENCIAIS

- Incluiranse, nas convocatorias de financiamento de proxectos de investigación, liñas prioritarias en relación con xénero e saúde. Entre elas poden sinalarse:
  - Epidemioloxía das enfermidades con perspectiva de xénero.
  - Curso clínico e tratamento das enfermidades máis frecuentes na muller.
  - Diferenza das respostas farmacolóxicas entre homes e mulleres.
  - Factores que melloran a calidade asistencial ás mulleres.
  - Factores prognósticos en mulleres afectadas de cancro.
  - Calidade de vida relacionada coa saúde e variabilidade por xénero.
  - Coidados en mulleres anciás.
  - Aspectos emocionais e necesidades psicolóxicas das mulleres coidadoras.
  - Avaliación de custos da atención sanitaria e a súa variabilidade segundo o xénero.
  - Equidade no acceso da muller ao sistema sanitario.
- Introducción da paridade nas comisións de avaliación de proxectos de investigación, a igualdade de méritos científicos.
- Aumentar a visibilidade das mulleres nos equipos de investigación.
- Promover a incorporación de mulleres na formación postMIR en investigación.
- Obrigar a que os proxectos na área biomédica inclúan a variable sexo no seu deseño e que se faga unha análise de resultados segundo o xénero incluíndo estes resultados nas publicacións.
- Potenciar o desenvolvemento de ensaios clínicos orientados a problemas de saúde prevalentes nas mulleres.
- Procurar a participación de mulleres na poboación incluída nos ensaios clínicos.
- Analizar a participación de mulleres en ensaios clínicos e as barreiras a ela.







## **10. SISTEMA DE SEGUIMIENTO**



## 10. SISTEMA DE SEGUIMIENTO

A elaboración do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia baseouse en tratar de buscar a máxima participación e compromiso da sociedade e a organización co proxecto. Isto significa que o nivel de expectativas postas no plan é moi elevado e que todas as persoas involucradas esperan que este plan se converta en realidades e resultados para as mulleres e a sociedade.

Neste contexto é fundamental establecer un sistema de seguimento do plan que sexa rigoroso e á vez transparente, un sistema que chegue a poder ser visualizado polas persoas que colaboraron activamente na súa construción, así como por todas as mulleres e a sociedade galega.

O plan está tutelado polo Comité Técnico que seguirá sendo o encargado de tutelar o seguimento do plan. Cada 4 meses este comité recibirá un informe de avaliación elaborado polo responsable de todo o plan da Consellería de Sanidade.

O responsable será o encargado de animar, apoiar e coordinar a implantación de todos os proxectos.

Debido á estratexia de implantación de cada proxecto por áreas, definiuse que cada proxecto que se implante nunha área terá un responsable nesa área. Cada estratexia ou grupo de proxectos será supervisado e impulsado por unha dirección xeral e todas as estratexias coordinadas polo responsable do plan.

O responsable do plan elaborará un informe anual de seguimento do plan que presentará no Comité Técnico cada mes de febreiro. Ademais elaborará informes de seguimento os meses de novembro e xuño, que serán avaliados polo Comité Técnico.

Estes informes conterán os resultados obtidos nos indicadores definidos para o seguimento de cada proxecto, así como unha avaliación cuantitativa e cualitativa de cada responsable de proxecto-área e das direccións xerais responsables de impulsar os proxectos.



# 11. PLANIFICACIÓN DO PLAN



## 11. PLANIFICACIÓN DO PLAN

O deseño que se realizou para obter unha implantación real do plan foi establecer áreas por onde se vai comezar a introducir cada proxecto co obxectivo de controlar o proceso nas primeiras implantacións e iniciar a implantación en toda a organización con máis e mellor coñecemento das necesidades e das incidencias que xera unha nova forma de actuar.

Definiuse para cada proxecto en qué áreas se van facer as primeiras implantacións.

Os casos onde non se identifican as unidades iniciais quere dicir que se fará unha extensión global dende o comezo debido ás características do proxecto.

PROXECTO \ ÁREAS	Fer	Cor	San	Pon	Vig	Lug	Our	Cee	Ribeir	Saln	Burel	Monf	Vald	Verín
1. Anticoncepción		X												
2. Anticoncepción postcoital	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Consulta preconcepcional			X		X									
4. Atención embarazo normal	X				X	X	X	X						
5. Atención embarazo de risco							X							
6. Atención ao parto	X						X	X		X				
7. Puerperio	X						X	X						
8. Lactación materna							X	X		X				
9. Educación maternal	X						X	X						
10. Menopausa						X							X	
11. Interrupción voluntaria do embarazo (IVEs)		X			X		X							
12. Reprodución asistida		X			X									
13. Disfuncións sexuais		X					X							
14. Prevención das infeccións de transmisión sexual (ITS)					X									
15. Violencia de xénero						X								
16. Saúde mental e xénero		X		X			X							
17. Trastornos de conduta alimentaria			X											
18. Patoloxía reumatolóxica		X												
19. Patoloxías cardiovasculares nas mulleres			X											
20. Patoloxías endocrinolóxicas					X									
21. Educación afectivo-sexual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22. Drogas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23. Actividade física	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24. Nutrición na muller	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25. Cancro cérvix						X	X			X				
26. Cancro de mama			X			X				X				
27. Participación interna. Violencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28. Participación interna. Conciliación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
29. Participación interna. Igualdade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
30. Participación social	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
31. Xestión do coñecemento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
32. Investigación con perspectiva de xénero	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



## PLANIFICACIÓN GLOBAL

	Xuñ/Set-07	Out-07	Nov-07	Dec-07	Xan-08	Feb-08	Mar-08	Abr-08
1. Anticoncepción	Guía técnica				Implantación áreas iniciais			
1. Anticoncepción	Novos contornos de accesibilidade				Implantación novos contornos			
2. Anticoncepción postcoital	Guía - Revisión							
3. Consulta preconcepcional	Guía técnica				Implantación áreas iniciais			
4. Atención embarazo normal	Guía técnica				Implantación áreas iniciais			
5. Atención embarazo de risco	Guía técnica							
6. Atención ao parto	Guía técnica							
6. Atención ao parto					Parto natural			
7. Puerperio	Guía técnica				Implantación áreas iniciais			
8. Lactación materna	Guía técnica				Implantación áreas iniciais			
9. Educación maternal					Guía - curso			
10. Menopausa	Guía técnica				Implantación áreas iniciais			
10. Menopausa					Manual e sistemática educ. de grupo			
11. Interrupción voluntaria do embarazo (IVEs)	Guía técnica							
12. Reprodución asistida	Guía técnica							
12. Reprodución asistida	Deseño lab. preimplantacional				Creación do lab. preimplantacional			
13. Disfuncións sexuais	Guía técnica				Implantación áreas iniciais			
14. Prevención das infeccións de transmisión sexual (ITS)	Información e materiais							
15. Violencia de xénero	Adaptación guías				Implantación áreas iniciais			
16. Saúde mental e xénero	Situación, sistemas e programas							
16. Saúde mental e xénero	Accións de apoio coidadores							
17. Trastornos de conduta alimentaria	Guía técnica				Implantación áreas iniciais			
18. Patoloxía reumatolóxica	Guía técnica				Implan. áreas iniciais			
19. Patoloxías cardiovasculares nas mulleres	Guía técnica				Implantación áreas iniciais			
20. Patoloxías endocrinolóxicas	Guía técnica							
21. Educación afectivo-sexual					Deseño e xeración de medios			
22. Drogas	Guía técnica							
23. Actividade física	Plan de sensibilización							
24. Nutrición na muller	Guía técnica							
25. Cancro cérvix					Guía técnica			
26. Cancro de mama	Planificación de accións							
27. Participación interna. Violencia	A partir da reforma da Lei da función pública							
28. Participación interna. Conciliación	A partir da reforma da Lei da función pública							
29. Participación interna. Igualdade					Definición de accións			
30. Participación social	Creación base de datos							
31. Xestión do coñecemento								
32. Investigación con perspectiva de xénero	Planificación de accións							



Para ter unha visión global do plan é importante ver como van ir avanzando no seu conxunto todos os proxectos, pasando da elaboración da Guía, á implantación inicial e ao final á extensión total.

Como se pode observar o obxectivo é ambicioso pero a planificación está baseada nunha análise rigorosa, non só das actividades que hai que facer, senón tamén da utilización adecuada dos medios e recursos dispoñibles.

